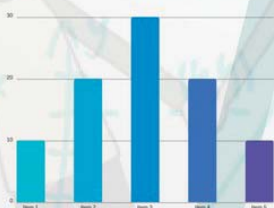


De nationale gezondheidsenquête Curaçao

2017

Themarapport

Gezondheid, Leefstijl en Zorggebruik in de
Arme Wijken





De nationale gezondheidsenquête Curaçao

2017

Themarapport

Gezondheid, Leefstijl en Zorggebruik in de
Arme Wijken





Auteurs

Dr. Renske Pin

Drs. Soraya Verstraeten

Dr. Merel Griffith - Lending

Volksgesondheid Instituut Curaçao (VIC)

Grafische vormgeving

Kevin Reina - Omslagontwerp

Crystal Boomgaard - Kaart Curaçao

Deze publicatie is tot stand gekomen met dank aan

Geraldine Christina en Jeanine Constansia-Kook

Managementteam Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN)

Sean de Boer, Lizmari Fecunda-Manuela, Harely Martina, Lysandra de Meza, Leander Kuijvenhoven, collega's van afdeling veldwerk en de 50 interviewers.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) Curaçao

Dr. Albert Wong

Senior Statisticus Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Favell Maduro

Journalist /maatschappelijk werker voor Purunchi

De 2645 respondenten die deelnamen aan de nationale gezondheidsenquête 2017

© Volksgesondheid Instituut Curaçao, Augustus 2018

Deze uitgave kan gedownload worden via www.vic.cw.



Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Afkortingen	7
1. Inleiding	10
1.1 Armoede in Curaçao	10
1.2 Armere Wijken en gezondheid	11
1.3 Armoede en gezondheid	11
1.3.1 Sociaaleconomische status beïnvloedt gezondheid en omgekeerd	12
1.4 Andere factoren die gezondheidsverschillen bepalen	14
1.5 Dit rapport	15
1.6 Methode	15
1.7 Leeswijzer	17
2. Gezondheid in de Arme Wijken	20
2.1 Selectie Arme Wijken in Curaçao	20
2.2 Bevolkingskenmerken Arme Wijken	21
2.3 Gezondheidsstatus in Arme Wijken	22
2.3.1 Ervaren gezondheid	22
2.3.2 Zelfgerapporteerde ziekten en aandoeningen	23
2.3.3 Depressie	23
2.3.4 Ongevallen	23
2.3.5 Afwezigheid werk door gezondheidsproblemen	24
2.3.6 Lichamelijke beperkingen	24
2.3.7 Persoonlijke verzorgings- en huishoudelijke activiteiten onder 60-plussers	24
2.3.8 Pijn	24
2.4 Leefstijl in Arme Wijken	25
2.4.1 Overgewicht, Eten en Bewegen	25
2.4.2 Middelengebruik	26
2.4.3 Sociale omgeving	27
2.4.4 Overlast in de Woonomgeving	27
2.5 Gebruik zorgvoorzieningen in Arme Wijken	28
2.5.1 Zorgvoorzieningen	28
2.5.2 Belemmering in het verkrijgen van zorg	30
3. Gezondheidsanalyse per gebied	34
3.1 Selectie vier Armoede Clusters	34
3.2 Cluster: Buitengebieden	35
3.2.1 Beschrijving	35
3.2.2 Sociodemografie	35
3.2.3 Gezondheid	36
3.2.4 Leefstijl	36
3.2.5 Sociale omgeving	36
3.2.6 Woon- en leefomgeving	36
3.2.7 Gebruik zorgvoorzieningen	37
3.2.8 Deelname preventieve maatregelen	37
3.2.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg	37
3.3 Cluster: Stad P'ariba di Brug	37

3.3.1 Beschrijving	37
3.3.2 Sociodemografie	38
3.3.3 Gezondheid	38
3.3.4 Leefstijl	38
3.3.5 Sociale omgeving	38
3.3.6 Woon- en leefomgeving	38
3.3.7 Gebruik zorgvoorzieningen	38
3.3.8 Deelname preventieve maatregelen	39
3.3.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg	39
3.4 Cluster: Stad P'abou di Brug	39
3.4.1 Beschrijving	39
3.4.2 Sociodemografie	39
3.4.3 Gezondheid	39
3.4.4 Leefstijl	39
3.4.5 Sociale omgeving	40
3.4.6 Woon- en leefomgeving	40
3.4.7 Gebruik zorgvoorzieningen	40
3.4.8 Deelname preventieve maatregelen	40
3.4.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg	40
3.5 Cluster: Volkswijken	40
3.5.1 Beschrijving	40
3.5.2 Sociodemografie	41
3.5.3 Gezondheid	41
3.5.4 Leefstijl	41
3.5.5 Sociale omgeving	42
3.5.6 Woon- en leefomgeving	42
3.5.7 Gebruik zorgvoorzieningen	42
3.5.8 Deelname preventieve maatregelen	42
3.5.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg	42
4. Conclusie	44
<i>Tabel 1: Sociaaleconomische kenmerken van de gebieden (geozones) o.b.v. de Census 2011</i>	<i>54</i>

Samenvatting

In Curaçao leeft 25% van de huishoudens onder de armoedegrens. Uit het hoofdrapport van de NGE 2017 blijkt dat Curaçaoënaars die moeite hebben om rond te komen het vaakst gezondheidsproblemen hebben. Deels wordt dit veroorzaakt door een minder gezonde leefstijl, door minder sociale steun en door een minder gunstige woon- en werkomgeving. Curaçaoënaars die grote moeite hebben om rond te komen maken ook minder vaak gebruik van (preventieve) zorgvoorzieningen, en ervaren vaker belemmeringen in het verkrijgen van zorg.

In dit themarapport gaan we dieper in op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen door te kijken naar de gebieden waar relatief veel mensen in armoede leven: de Arme Wijken. In de Arme Wijken in Curaçao blijft de kwaliteit van de leefomgeving en het welzijn van de bewoners namelijk flink achter op die van de andere wijken. Om zicht te krijgen op de gezondheid, leefstijl en het gebruik van de zorg in de Arme Wijken, geven we in dit themarapport antwoord op 2 vragen:

1. *Wat zijn de verschillen in gezondheid, leefstijl en zorggebruik tussen de bewoners van Arme Wijken en de bewoners van heel Curaçao?*

Hier vergelijken we de bewoners van Arme Wijken, waar meer dan 30% van de huishoudens onder de armoedegrens leven, met alle bewoners van Curaçao samen.

2. *Wat zijn de specifieke aandachtspunten m.b.t. gezondheid, leefstijl en zorggebruik per Armoede Cluster?*

Hierbij zoomen we in op de Arme Wijken. We delen ze in in vier geografische clusters en vergelijken de bewoners van ieder cluster met de bewoners van alle Arme Wijken samen. Per gebied stellen we een gezondheidsprofiel op. Dit kan helpen bij keuzes voor het maken van 'evidence-based' gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld om een wijkgerichte aanpak te ondersteunen.

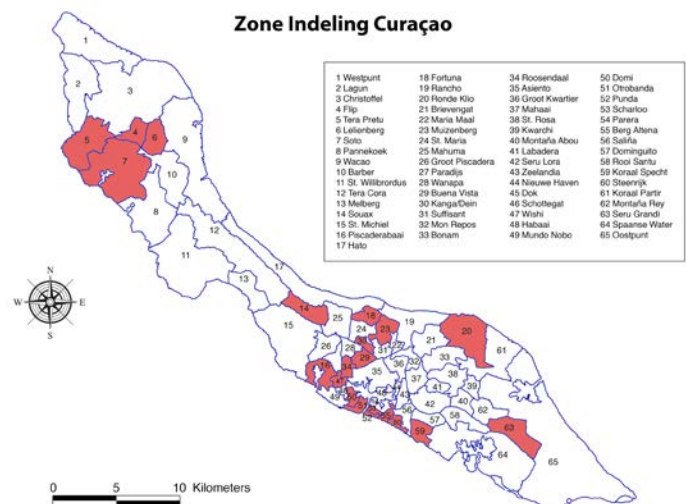
Wat zijn de Arme Wijken?

Curaçao kent in totaal 65 gebieden (geozones). Er zijn 21 gebieden waar meer dan 30% van de huishoudens onder de armoedegrens leeft. Deze 21 gebieden zijn op basis van geografische ligging in te delen in vier clusters:

1. Buitengebieden (Flip, Tera Pretu, Lelienberg, Soto, Ronde Klip, Seru Grandi en Souax)
2. Stad P'ariba di Brug (Punda, Scharloo, Berg Altena, Steenrijk en Koraal Specht)
3. Stad P'abou di Brug (Domi, Otrobanda, Piscadera, Wishi, Roosendaal, Buena Vista en Kanga/Dein)
4. Volkswijken (Muizenberg en Fortuna)

Wie wonen in de Arme Wijken?

In de Arme Wijken wonen meer vrouwen dan mannen, dit is zelfs nog wat schever verdeeld dan voor alle bewoners van Curaçao samen. De leeftijdsverdeling in de Arme Wijken is wel vergelijkbaar met heel Curaçao. Mensen in Arme Wijken zijn vaker ongehuwd, hebben vaker een laag opleidingsniveau, vaker moeite om rond te komen van het huishoudinkomen, minder vaak betaald werk, zijn vaker permanent arbeidsongeschikt maar ontvangen minder vaak een uitkering, wonen minder vaak samen met een partner en vormen vaker een éénoudergezin dan in heel Curaçao.



Hoe staat het met de gezondheid in de Arme Wijken?

Mensen die wonen in de Arme Wijken ervaren hun eigen gezondheid vaker als (heel) slecht dan in heel Curaçao. Wanneer alle zelfgerapporteerde ziekten en aandoeningen (langdurig en niet-langdurig) apart worden bekeken, en we de Arme Wijken vergelijken met alle bewoners van Curaçao zien we slechts kleine verschillen: bewoners van de Arme Wijken hebben iets vaker astma, depressie en een beroerte of chronische gevolgen van een beroerte. We zien geen verschillen voor het hebben gehad van een ongeval of afwezigheid van werk door gezondheidsproblemen. Lichamelijke beperkingen komen iets vaker voor in Arme Wijken. In Arme Wijken zijn 60-plussers vaker beperkt in persoonlijke verzorgingsactiviteiten en huishoudelijke activiteiten. Ook ervaren bewoners van Arme Wijken vaker pijn.

Hoe staat het met de leefstijl in de Arme Wijken?

Overgewicht komt in Arme Wijken vaker voor dan in heel Curaçao. Bewoners van Arme Wijken doen minder vaak aan sport en krachttraining vergeleken met heel Curaçao. Ook de eetgewoonten zijn iets minder gunstig in de Arme Wijken: bewoners van Arme Wijken voldoen iets minder vaak aan de groente- en fruitnorm (consumptie van 2 of meer porties groente/fruit per dag), maar drinken even vaak frisdrank en eten iets minder vaak fastfood dan alle bewoners van Curaçao. In Arme Wijken rookt men iets vaker en rookt men ook iets vaker binnenshuis mee, maar wordt minder vaak alcohol gedronken. Sociale steun in Arme Wijken is minder gunstig waar het gaat om het kunnen krijgen van steun bij persoonlijke problemen en praktische hulp van burens. Bewoners van Arme Wijken hebben in hun woonomgeving vaker last van vuil en afval en ook iets vaker van knaagdieren en muggen. Ook hebben bewoners van Arme Wijken vaker overlast van stank en luchtvervuiling (fijnstof, roet, rook) van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen dan alle bewoners van Curaçao samen.

Wat is het zorggebruik in de Arme Wijken?

Bewoners van Arme Wijken geven iets minder vaak mantelzorg (informele, onbetaalde zorg voor een bekende uit iemands omgeving). In de Arme Wijken zijn bewoners net zo vaak verzekerd voor ziektekosten als alle bewoners van Curaçao samen, maar vaker via de SVB en minder vaak via particuliere verzekeraars. Bewoners van Arme Wijken bezoeken net zo vaak de huisarts en fysiotherapeut als heel Curaçao. Het verschil is groter voor de tandarts, die wordt door de bewoners van Arme Wijken veel minder vaak bezocht. Ook hebben bewoners van Arme Wijken minder vaak een consult gehad met een medisch specialist, en als ze dat hadden, dan vond dat minder vaak plaats in het buitenland. Bewoners van Arme Wijken hebben iets minder vaak een dagbehandeling gehad dan bewoners van heel Curaçao en ze gebruikten minder vaak medicijnen voorgeschreven door een arts. Preventieve zorg, specifiek de meting van cholesterol en bloedsuiker, borstkanker- en baarmoederhalskankeronderzoek, gebeurt minder vaak bij bewoners van Arme Wijken dan voor heel Curaçao. Voor baarmoederhalskankeronderzoek is dit verschil het grootst: vrouwen in Arme Wijken maken hier minder gebruik van dan vrouwen in heel Curaçao. Wat betreft onbeantwoorde behoefte aan zorg door problemen met afstand en vervoer of lange wachttijden zijn weinig tot geen verschillen tussen Arme Wijken en heel Curaçao, echter voor tandzorg, voorgeschreven medicijnen en geestelijke gezondheidszorg ervaren bewoners van Arme Wijken iets vaker financiële barrières bij het verkrijgen van zorg dan in heel Curaçao.

Wat zijn de aandachtspunten in de Armoede Clusters?

Als we de wijken indelen op basis van geografische ligging en deze clusters vergelijken alle Arme Wijken bij elkaar, komen de volgende aandachtspunten voor de verschillende Armoede Clusters naar voren:

Buitengebieden

Kenmerken bewoners - In de Buitengebieden wonen relatief meer mannen dan gemiddeld in de Arme Wijken van Curaçao, waardoor de vrouw/man verhouding bijna gelijk verdeeld is. Bewoners zijn er vaker in Curaçao geboren, wonen vaker samen met een partner en hebben vaker enige moeite om rond te komen.

Gezondheidsstatus - Bewoners van de Buitengebieden hebben een wat betere gezondheidsstatus. Ze ervaren hun gezondheid vaker als (heel) goed en lijden minder vaak aan één of meer chronische ziekten. Ze rapporteren minder vaak hoge bloeddruk, nierproblemen en allergie te hebben gehad in de 12 maanden voor het interview. Ook hebben ze minder vaak blijvend letsel na een ongeval gehad.

Leefstijl - Bewoners van de Buitengebieden hebben minder goede beweeggewoonten (ze doen minder vaak aan sport en krachttraining), maar hebben betere eetgewoontes (ze voldoen vaker aan de groentennorm van 2 of meer porties per dag, drinken minder vaak dagelijks frisdrank en eten minder vaak wekelijks fastfood). Ook roken ze minder vaak mee (rookt zelf niet, maar komt wel in aanraking met tabaksrook binnenshuis). Ze hebben vaker last van "natuurlijke" vormen van overlast (muggen en knaagdieren), maar minder vaak overlast door menselijk toedoen (criminaliteit, geluid, stank en luchtvervuiling van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen). De sociale steun in de vorm van het kunnen verkrijgen van praktische hulp van burens is er beter dan in alle Arme Wijken tezamen.

Toegang tot zorg - Bewoners van de Buitengebieden geven minder vaak mantelzorg en maken ook minder gebruik van de (preventieve) zorg. Zo hebben ze minder vaak een consult gehad met een huisarts en een medisch specialist, en zijn ze minder vaak door hun huisarts doorverwezen voor diagnostiek en/of behandeling. Ze gebruiken vaker geneesmiddelen, vitamines en kruiden die niet door een arts zijn voorgeschreven. Ze laten zich minder vaak testen op hoge bloeddruk, cholesterol, en bloedsuiker maar nemen vaker deel aan darmkankeronderzoek en de griepvaccinatie. Een belangrijk aandachtspunt is dat bewoners van de Buitengebieden minder vaak het dichtstbijzijnde ziekenhuis en spoedeisende hulp in het St. Elizabeth Hospitaal binnen 30 minuten kunnen bereiken met hun gebruikelijke wijze van vervoer.

Stad P'ariba di Brug

Kenmerken bewoners - In de Stad P'ariba di Brug wonen iets meer mensen in de leeftijd van 65 of ouder en iets meer weduwen/naren en ongehuwden. Ze zijn vaker werkloos/werkzoekend en vaker met (vervroegd) pensioen dan bewoners van alle Arme Wijken tezamen.

Gezondheidsstatus - Bewoners van de Stad P'ariba di Brug ervaren de eigen gezondheid minder vaak als (heel) goed. Ze rapporteren vaker (de symptomen van) dengue, chikungunya en/of zika te hebben gehad in de 12 maanden voor het interview, maar minder vaak gewrichtsslijtage, longziekten, cataract en blijvend letsel na een ongeval.

Leefstijl - Bewoners van de Stad P'ariba di Brug doen minder vaak aan sport. Ze roken vaker en gebruiken vaker softdrugs. Ze geven vaker aan met niemand zo'n goede band te hebben dat zij op hem/haar kan rekenen wanneer zij ernstige persoonlijke problemen hebben.

Toegang tot zorg - Bewoners van de Stad P'ariba di Brug geven vaker mantelzorg en geven vaker aan zorg niet tijdig gekregen door problemen met de afstand en vervoer dan bewoners van alle Arme Wijken tezamen.

Buitengebieden Belangrijke aandachtspunten

- Vaker overlast van muggen en knaagdieren
- Ziekenhuis en spoedeisende hulp minder vaak binnen 30 minuten bereikbaar

Stad P'ariba di Brug Belangrijke aandachtspunten

- Vaker rokers
- Vaker gebruik softdrugs
- Vaker (symptomen van) muggenziektes
- Minder sociale steun

Stad P'abou di Brug

Kenmerken bewoners - Bewoners van de Stad P'abou di Brug hebben vaker een laag opleidingsniveau en vaker grote moeite om rond te komen dan bewoners van alle Arme Wijken tezamen.

Gezondheidsstatus - Bewoners van de Stad P'abou di Brug ervaren de eigen gezondheid minder vaak als (heel) goed. Ze rapporteren vaker astma en ook vaker een allergie te hebben gehad in de 12 maanden voor het interview. Ze zeggen minder vaak last te hebben gehad van (de symptomen van) dengue, chikungunya en/of zika in de 12 maanden voor het interview.

Leefstijl - Bewoners van de Stad P'abou di Brug doen vaker aan krachttraining. Ze geven vaker aan dat het (heel) moeilijk is om praktische hulp te krijgen van hun burens als zij dat nodig hebben. In de woonomgeving hebben bewoners veel vaker last van stank en luchtvervuiling van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen. Ook hebben ze vaker overlast van vuil en afval en criminaliteit dan bewoners van alle Arme Wijken tezamen.

Toegang tot zorg - Bewoners van de Stad P'abou di Brug gebruiken minder vaak geneesmiddelen die door een arts zijn voorgeschreven, maar hebben vaker een consult met huisarts en tandarts gehad in de 12 maanden voor het interview.

Stad P'abou di Brug Belangrijke aandachtspunten

- Vaker overlast van stank en luchtvervuiling industriegebied Schottegat
- Vaker astma en allergie

Volkswijken

Kenmerken bewoners - In de Volkswijken wonen bovengemiddeld veel vrouwen, meer jonge mensen en minder ouderen. Ze zijn vaker ongehuwd en minder vaak samenwonend. Ze doen vaker betaald werk of een studie en zijn minder vaak met pensioen. Ze wonen vaker samen met hun ouders en met kinderen onder de 18 jaar dan bewoners van alle Arme Wijken tezamen.

Gezondheidsstatus - Bewoners van de Volkswijken lijden vaker aan één of meer chronische ziekten. Ze rapporteren vaker rugproblemen, gewrichtsslijtage, een ongeval, blijvend letsel na een ongeval en een bewegingsbeperking te hebben. Ook geven ze vaker aan nierproblemen en een longziekte te hebben gehad in de 12 maanden voor het interview.

Leefstijl - De leefstijl van de bewoners van de Volkswijken is vergeleken met de bewoners van alle Arme Wijken veel minder gunstig: ze hebben vaker obesitas en eten minder vaak groente. Ook komen ze vaker in aanraking met tabaksrook binnenshuis terwijl ze zelf niet roken (meeroken). Bewoners van de Volkswijken geven ook vaker aan geluidsoverlast te hebben ervaren in hun woonomgeving.

Toegang tot zorg - Bewoners van de Volkswijken maken vaker gebruik van de zorg (medisch specialist, fysiotherapeut, en door een arts voorgeschreven geneesmiddelen) dan bewoners van alle Arme Wijken tezamen. Echter, tandartsbezoek blijft achter: ze geven vaker aan financiële barrières te hebben ervaren terwijl ze wel behoefte aan tandzorg hadden.

Volkswijken Belangrijke aandachtspunten

- Roken vaker binnenshuis mee
- Vaker bewegingsbeperking
- Vaker geluidsoverlast
- Vaker financiële barrières tandzorg

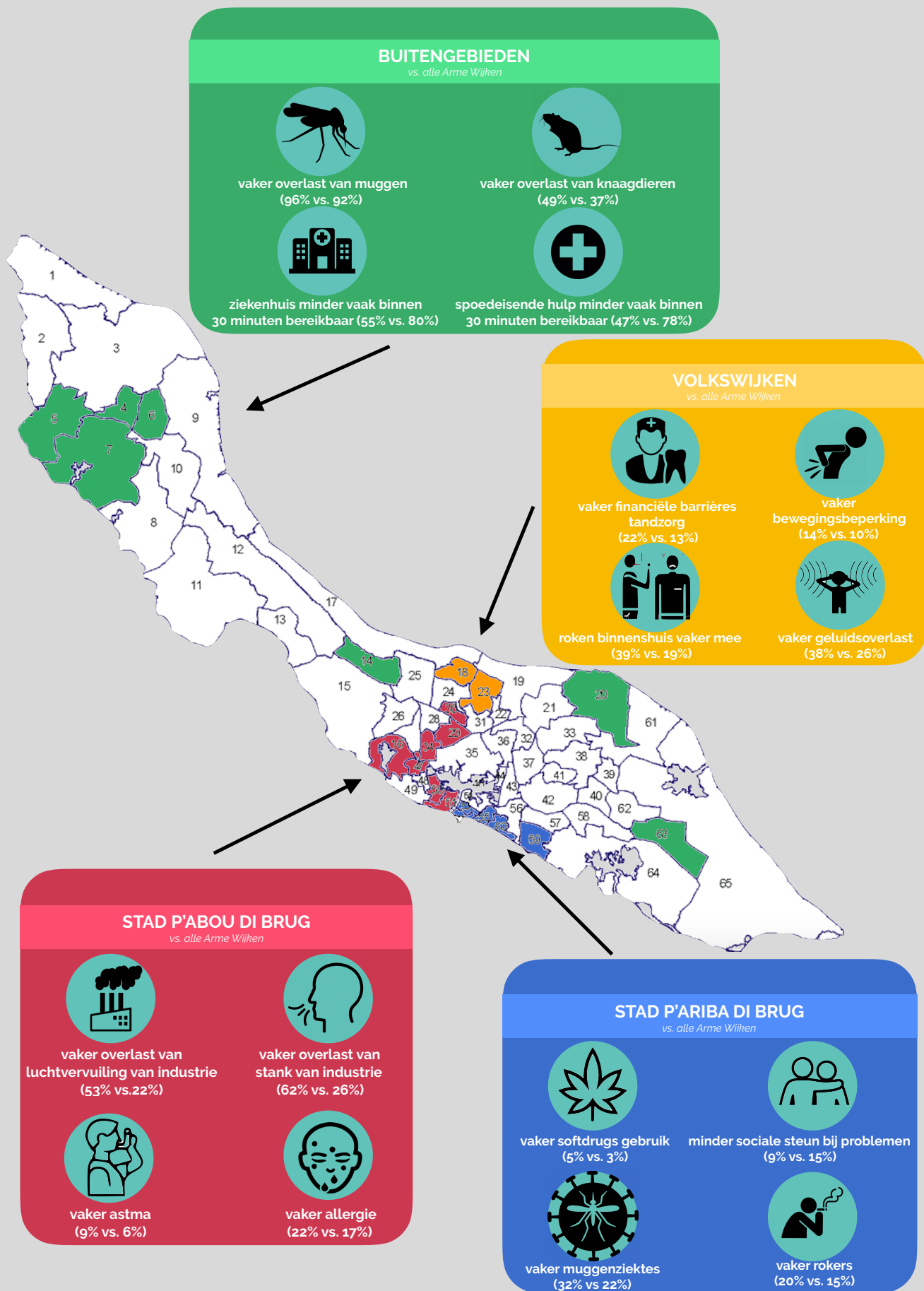
Belangrijkste conclusies

De gezondheid, de leefstijl en het gebruik van de zorg van de bewoners van de Arme Wijken is iets minder gunstig dan voor de bewoners van heel Curaçao tezamen. Terwijl deze vergelijking relatief kleine verschillen laat zien, vinden we grotere verschillen wanneer we meer in detail naar de vier verschillende clusters van de Arme Wijken kijken. We zien in de vier clusters specifieke aandachtspunten op het gebied van gezondheid, leefstijl en gebruik van de zorg. Deze resultaten bieden aanknopingspunten voor het maken en evalueren van 'evidence-based' beleid voor een wijkgerichte aanpak. Het is belangrijk dat de in dit rapport gepresenteerde gezondheidsprofielen per armoedeclassificatie in het licht van de lokale context door mensen met ervaring in de wijken worden geïnterpreteerd. Zij kunnen vaak helpen duiden waarom in sommige wijken mensen een betere of slechtere gezondheid blijken te hebben dan verwacht.

GEZONDHEID, LEEFSTIJL EN GEBRUIK VAN DE ZORG IN DE ARME WIJKEN VAN CURAÇAO

DE BELANGRIJKSTE AANDACHTSPUNTEN IN DE VIER ARMOEDE CLUSTERS

Volksgesondheid Instituut Curaçao (VIC) - De Nationale Gezondheidsenquête 2017



Afkortingen

BMI	Body Mass Index
BVZ	Basis Verzekering Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
NGE	Nationale Gezondheidsenquête
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
PAHO	Pan American Health Organization
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SVB	Sociale Verzekeringsbank
VIC	Volksgezondheid Instituut Curaçao
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie/World Health Organization





1. Inleiding

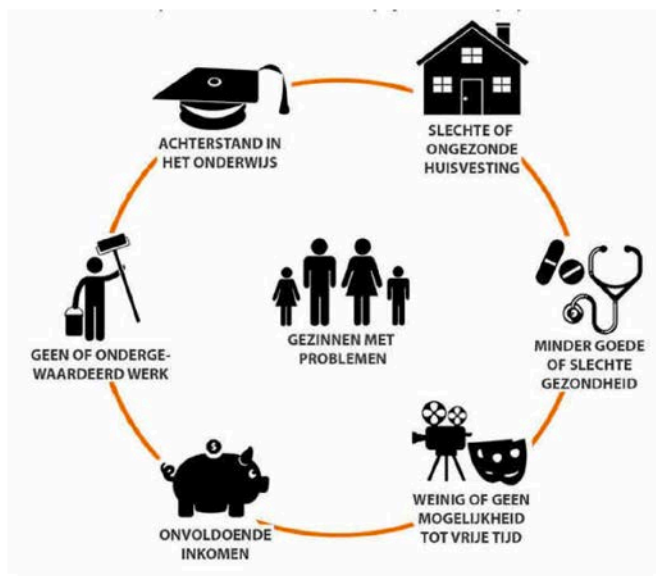
1. Inleiding

1.1 Armoede in Curaçao

Het aantal huishoudens in Curaçao dat van een inkomen onder de armoedegrens moest rondkomen is tussen 2001 en 2011 afgenomen van 34% naar 25%.¹ De armoedegrens is het minimum aan inkomen dat een persoon of een gezin nodig heeft om van te leven; om te betalen wat nodig is om te voorzien in de basisbehoeften. Mensen die onder deze lijn vallen, worden als arm geïdentificeerd. Het exacte geldbedrag dat hoort bij de armoedegrens verschilt en is afhankelijk van het aantal mensen in een gezin. Dit komt omdat het uiteraard meer geld kost om voedsel en benodigdheden voor meerdere mensen te kopen.²

Ook de inkomensongelijkheid, ofwel de ongelijkheid in de verdeling van het totale inkomen onder huishoudens in de samenleving, is groot in Curaçao (GINI-index van 0.42). Veel groter dan in bijvoorbeeld Nederland (GINI-index van 0.29³). Dit betekent dat het totale inkomen in Nederland gelijkmatiger wordt verdeeld dan in Curaçao. Of in andere woorden: dat het verschil in inkomen tussen de armste en rijkste huishoudens in Nederland kleiner is dan in Curaçao. Bekend is dat gebieden met een relatief hoge ongelijkheid in inkomen ook worden gekenmerkt door meer armoede.⁴

Wereldwijd ontstaat er steeds meer bewustzijn dat armoede vele gezichten kent en dat het enkel kijken naar inkomensniveau te eenzijdig is. Vaak is er sprake van een visuele cirkel van meerdere dimensies die de armoedesituatie in stand houdt en moeilijk te doorbreken maakt.⁵ Een minder goede of slechte gezondheid speelt hierbij ook een rol.



Figuur 1.1 Visuele cirkel van meerdere dimensies die de armoedesituatie in stand houdt⁶

¹ CBS. Publicatiereeks Census 2011. Inkomens en inkomensverdelingen. 2011. Curaçao.

² CBS (2018) Poverty,. Geraadpleegd via: http://www.cbs.cw/website/poverty_3367/

³ Een veelgebruikte armoedeindicator voor internationale vergelijkingen waarmee inkomensongelijkheid in kaart wordt gebracht is de GINI-index. De GINI-index is een maatstaf voor inkomensverschillen tussen alle huishoudens in een land en varieert van 0 (ieder huishouden heeft een gelijk inkomen) en 1 (één huishouden beschikt over het volledige inkomen, de anderen hebben niets).

⁴ McKnight, A., Duque, M. And Rucci, M. Double trouble: a review of the relationship between UK poverty and economic inequality. 2017.

⁵ Gobièrnu di Kòrsou. Urgentieprogramma. Pa Mehorá Kalidat di Bida den Bario. 2017.

⁶ Illustratie ontleend aan: Gobièrnu di Kòrsou. Urgentieprogramma. Pa Mehorá Kalidat di Bida den Bario. 2017.

In de wijken waar relatief veel bewoners onder de armoedegrens leven, de “Arme Wijken”, blijft de kwaliteit van de leefomgeving en het welzijn van de bewoners flink achter op die van de andere wijken door een opeenhoping van complexe maatschappelijke problemen, zoals schooldropouts, (jeugd) werkloosheid en criminaliteit. De Curaçaose regering streeft naar een verbetering van de leefomstandigheden van de bewoners van deze armere wijken en stelt de aanpak van armoede daarom als prioriteit in het regeerprogramma 2017-2021.⁷ Om gezamenlijk de achterstanden aan te pakken zijn alle coalitiepartijen in de regering betrokken bij het urgentieprogramma.⁸ Het doel van dit actieprogramma is om armoede op wijkniveau aan te pakken en daarmee de leef-, woon- en werksituaties van bewoners van armere wijken te verbeteren. Samen met wijkorganisaties en de bewoners wil de regering deze wijken ontwikkelen door extra investeringen en door de opeenstapeling van problemen aan te pakken. Eind 2017 is daarvoor aanvang gemaakt met projecten in vier arme gebieden, namelijk Barber, Otrobanda, Buena Vista en Montaña.

1.2 Armere Wijken en gezondheid

Hoewel voor de selectie van de wijken in het urgentieprogramma niet specifiek is gekeken naar de gezondheidsstatus van de bewoners, staat deze niet los van de problemen in de wijken. Uit internationaal onderzoek blijkt namelijk dat bewoners van armere wijken vaker een slechte gezondheid en ongezonde leefstijl hebben dan bewoners van meer welgestelde wijken. In armere wijken is het woningaanbod goedkoop, maar ook van een slechtere kwaliteit. Deze wijken hebben ook doorgaans een gebrek aan voorzieningen, zoals kwalitatieve scholen en kinderopvang, zorg- en sociale voorzieningen en openbaar vervoer. Hierdoor trekken deze wijken vooral bewoners aan die kansarm zijn en daarmee vaker een slechtere gezondheid hebben.

Daarnaast veroorzaken de kenmerken van armere wijken ook ongezondheid en een ongezonder leefstijl.^{9,10,11} Zo is de infrastructuur in armere wijken vaak minder bevorderend voor lichaamsbeweging en ervaren mensen die moeten wonen in wijken waar veel geweld en criminaliteit voor komt meer stress. Met andere woorden, een armere wijk is niet alleen een vindplaats van meer ongezonde bewoners, maar ook een veroorzaker ervan. De wijk levert daarmee een belangrijke bijdrage aan de sociale factoren van gezondheid, oftewel de omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen, werken en ouder worden.¹²

1.3 Armoede en gezondheid

Het hoofdrapport van de Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2017 laat zien dat mensen die moeite hebben om rond te komen van hun huishoudinkomen minder gezond zijn, een minder gezonde leefstijl hebben, minder vaak gebruik maken van (preventieve) en vaker belemmeringen ervaren in het verkrijgen van zorg, vergeleken met de gehele Curaçaose bevolking. Zo geven zij vaker aan lichamelijke beperkingen en chronische ziekten te hebben, gezondheids- en pijnklachten te ervaren, last te hebben van

⁷ Gobièrnu di Kòrsou. Regeerprogramma 2017-2021. Ontplooiing van Curaçao's potentieel. 2017.

⁸ Gobièrnu di Kòrsou. Urgentieprogramma. Pa Mehora Kalidat di Bida den Bario. 2017.

⁹ Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:111-22

¹⁰ Lenthe van FJ, Mackenbach JP. Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking: the role of physical neighbourhood stressors. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:699-705

¹¹ Macintyre S, Ellaway A. Neighbourhoods and health: an overview. In: Kawachi, I, Berkman LF (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press, 2003: 20-42

¹² Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365:1099-104.

depressie/somberheid en een ongeval te hebben gehad dan de gehele Curaçaose bevolking.¹³ Deze bevindingen zijn niet typerend voor Curaçao maar wordt overal ter wereld gevonden.¹⁴

Sociaaleconomische status beïnvloedt gezondheid en omgekeerd

Het patroon van systematische verschillen in gezondheid tussen mensen met weinig en veel inkomen wordt ook gezien tussen mensen met een lagere en hogere opleidingsniveau. Inkomen en opleidingsniveau, tezamen met beroepsstatus, zijn daarmee belangrijke maatstaven voor het bepalen van de sociaaleconomische status. De sociaaleconomische situatie staat voor de positie die iemand heeft op de maatschappelijke ladder.

Uit zowel nationale als internationale onderzoeken komen verschillen in gezondheid naar voren die samenhangen met de sociaaleconomische status. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn het resultaat van twee soorten mechanismen:¹⁵

1. *De sociaaleconomische positie op een bepaalde leeftijd heeft invloed op de gezondheid in latere levensfasen ('sociale causatie').*

Uitgangspunt hierbij is dat de slechtere gezondheid onder armere mensen een direct gevolg is van de lagere sociaaleconomische status. Onder mensen met een lagere sociaaleconomische status komen minder gunstige woon- en werkomstandigheden, ongezondere leefstijl en sociale uitsluiting namelijk vaker voor, welke een negatieve invloed hebben op de gezondheid.¹⁶ Dit zien we ook terug in Curaçao: onder mensen die moeite hebben om rond te komen komt een ongezonde leefstijl zoals het niet-dagelijks eten van groente en fruit, dagelijks frisdrankgebruik, weinig lichaamsbeweging, roken en drugsgebruik het vaakst voor. Curaçaoenaars die moeite hebben om rond te komen ervaren ook vaker een belasting in hun woon- en werkomgeving: in hun woonomgeving hebben zij het vaakst last van vuil- en afval, geluidsoverlast, criminaliteit en stank/luchtvervuiling van de Isla en andere industriële bronnen, en hebben ook het vaakst een ongeval op hun werk meegemaakt. Ook ervaren zij vaker sociale uitsluiting: mensen die moeite hebben om rond te komen kunnen het vaakst op niemand rekenen bij ernstige persoonlijke problemen, geen praktische hulp van hun burens krijgen en rekenen op weinig belangstelling en interesse van anderen. Een andere manier waarop armoede meer ongezondheid kan veroorzaken is doordat zij minder toegang hebben tot zorgvoorzieningen: Curaçaoenaars die moeite hebben om rond te komen geven namelijk minder vaak aan gebruik gemaakt te hebben van preventiemaatregelen zoals een uitstrijkje van de baarmoederhals, een mammografie, een bloedsuiker- en cholesterolemting. Ook geven zij vaker aan belemmeringen te ervaren in het verkrijgen van zorg omdat ze er niet voor konden betalen, problemen hadden met de afstand en vervoer, of omdat zij een lange wachttijd ervaren bron.¹⁷

2. *Omgekeerd heeft de gezondheid op een bepaalde leeftijd invloed op de opleidingsloopbaan, de arbeidsmarktpositie en het verdiende en gespaarde inkomen op latere leeftijden ('gezondheidsselectie').*

¹³ Verstraeten, S., Griffith-Lendering, M. en Pin, R. (2018), De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao. De resultaten, methode en tabellen. Geraadpleegd via: www.vic.cw

¹⁴ Blakely, T., Hales, S., Prüss-Üstün, A., Campbell-Lendrum, D. H., Corvalán, C. F., Woodward, A., & World Health Organization. (2004). Poverty: assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels.

¹⁵ Sociaaleconomische status en gezondheid (2018). Geraadpleegd via:

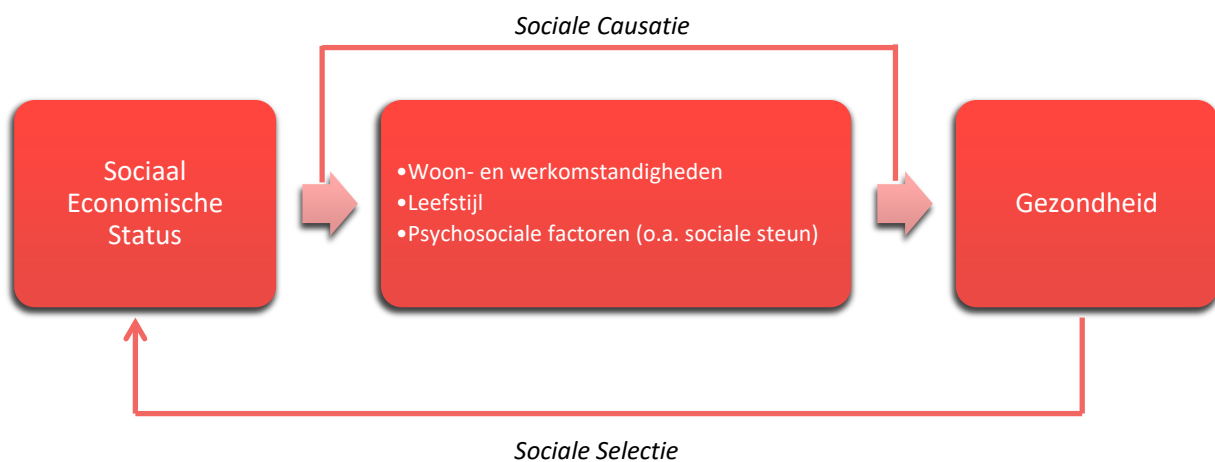
<https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/samenhang-met-gezondheid>

¹⁶ GGD Noord- en Oost-Gelderland (2014) Armoede en gezondheid in de regio Noord- en Oost-Gelderland. Geraadpleegd via:

http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Factsheets/Armoede%20en%20gezondheid,%202014.pdf

¹⁷ Verstraeten, S., Griffith-Lendering, M. en Pin, R. (2018), De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao. De resultaten, methode en tabellen. Geraadpleegd via: www.vic.cw

Hierbij wordt gesteld dat hoe ongezonder mensen zijn, hoe armer zij zijn. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de slechtere gezondheid de oorzaak is van de armoede. Mensen met gezondheidsproblemen kunnen namelijk niet (volledig) deelnemen aan het arbeidsproces en zich minder goed ontwikkelen, onder andere omdat relatief veel van hun geld en tijd in het ziekteproces wordt gestoken. In sommige landen telt dit mechanisme zwaarder in het veroorzaken van verschillen tussen mensen met een lagere en hogere sociaaleconomische status dan in anderen. In Amerika bijvoorbeeld, waar veel mensen niet voor ziektekosten verzekerd zijn en ook geen doorbetaling krijgen bij ziekte, waardoor ze zelf opdraaien voor de financiële consequenties van medische behandelingen en niet gewerkte ziektedagen. In Nederland is de algemene opvatting dat maar een klein deel van het verband tussen armoede en gezondheid door het selectiemechanisme verklaart wordt: vrijwel iedereen is namelijk verzekerd voor ziektekosten en werkenden in loondienst worden bij arbeidsongeschiktheid (gedeeltelijk) doorbetaald.¹⁸ In Curaçao kan worden verwacht dat een slechtere gezondheid niet zo sterk bijdraagt aan armoede als in Amerika: de dekking van een ziektekostenverzekering is met 99% bijna universeel in Curaçao¹⁹ en ook in Curaçao wordt bij arbeidsongeschiktheid (gedeeltelijk) doorbetaald.²⁰ Toch zijn er indicaties dat sommige kwetsbare groepen in Curaçao een grotere kans op armoede hebben door gezondheidsproblemen, zoals personen met een handicap, personen zonder verblijfspapieren en personen die werkzaam zijn zonder een arbeidsongeschiktheidsverzekering.



Figuur 1.2 Visuele weergave van de selectie en causatie (oorzaak en gevolg) effecten

Er is veel discussie over het relatieve belang van deze twee mechanismen. Zeker is dat beide mechanismen belangrijk zijn om de gezondheidsverschillen tussen mensen met een verschillende sociaaleconomische status te verklaren (figuur 1.2) en dat de precieze werking en effecten sterk kunnen variëren naar leeftijd. Ook kan hun relatieve belang sterk variëren naar type aandoening.²¹

¹⁸ GGD Noord- en Oost-Gelderland (2014) Armoede en gezondheid in de regio Noord- en Oost-Gelderland Geraadpleegd via: http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Factsheets/Armoede%20en%20gezondheid,%202014.pdf

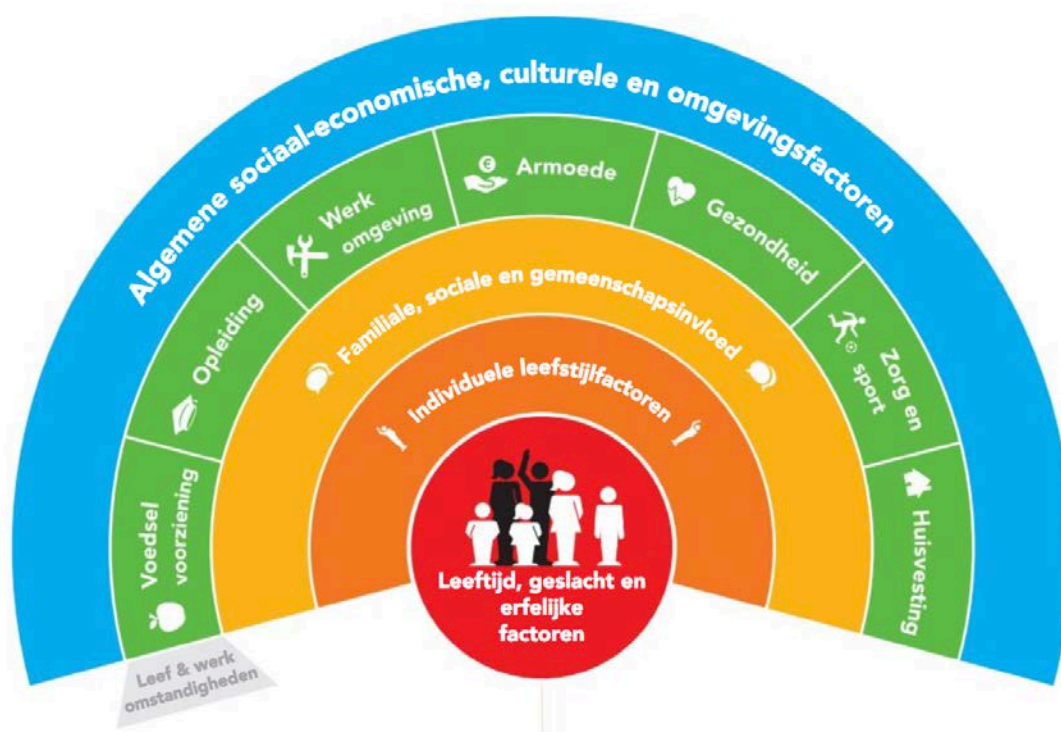
¹⁹ Verstraeten, S., Griffith-Lendering, M. en Pin, R. (2018), De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao. De resultaten, methode en tabellen. Geraadpleegd via: www.vic.cw

²⁰ Gobiernu di Korsou. LANDSVERORDENING van 6 januari 1966 regelende het recht van de werknemer op tegemoetkoming bij ziekte: <http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/XHTMLoutput/Actueel/Curaçao/145080.html>.

²¹ Sociaaleconomische status en gezondheid (2018). Geraadpleegd via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/samenhang-met-gezondheid>

1.4 Andere factoren die gezondheidsverschillen bepalen

Gezondheidsverschillen in de samenleving -waar iemands gezondheidsniveau verbonden is met iemands sociaaleconomische niveau- hebben geleid tot een groeiend besef dat veel gezondheidsproblemen door sociale factoren worden bepaald, niet alleen door verschillen in sociaaleconomische status. Economische, ecologische en sociale ongelijkheden kunnen het risico van mensen om ziek te worden, hun vermogen om ziekte te voorkomen of hun toegang tot effectieve behandelingen bepalen.²²



Figuur 1.3 Het Regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead 1991, de belangrijkste factoren van invloed op gezondheid²³

Het Regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead (zie figuur 1.3) is een van de meest gebruikte modellen voor het identificeren van de factoren die invloed hebben op gezondheidsverschillen. Het model brengt de relatie in kaart tussen het individu, zijn omgeving en gezondheid. Individuen worden in het centrum geplaatst en omringd met de verschillende lagen van invloeden op de gezondheid, zoals individuele leefstijlfactoren, gemeenschapinvloeden, leef- en werkomstandigheden en meer algemene sociale omstandigheden.

Centraal staat het individu met zijn leeftijd, geslacht en erfelijke factoren, welke een belangrijke invloed hebben op de gezondheidsstatus, maar niet kunnen worden beïnvloed door beleid. Deze individuen met hun vaste kenmerken zijn omgeven door verschillende lagen van gezondheidsbeïnvloedende factoren waarop beleidsmaatregelen wel kunnen inspelen om daarmee de gezondheid van mensen te beschermen en te bevorderen.

²² Economic and social research council (2018) Geraadpleegd via: <https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/>

²³ Illustratie ontleend aan: Aanpak Gezond Gewicht Amsterdam Magazine. Geraadpleegd via: https://issuu.com/ono-ono/docs/ono-ono_gewicht_def_flip/50

1.5 Dit rapport

De wijkaanpak van het urgentieprogramma biedt verschillende aangrijpingspunten voor het verbeteren van de gezondheidsstatus van mensen met een lagere sociaaleconomische status, zoals het verbeteren van de woon- en werkomstandigheden en de leefstijl van de bewoners van de armere wijken. Ook de wereldgezondheidsorganisatie pleit er nadrukkelijk voor om de sociale determinanten van gezondheid, zoals de leef- en werkomstandigheden, aan te pakken.²⁴

Om daadwerkelijk vooruitgang te bereiken en te meten is een integrale en 'evidence-based' aanpak noodzakelijk. Het urgentieprogramma sluit hier goed bij aan. Gebaseerd op internationaal onderzoek is het de verwachting dat de gezondheidseffecten van de wijkaanpak als eerste te zien zijn in de veranderingen in de leefstijl en de beleving van de bewoners, en pas later op de gezondheidsuitkomsten.²⁵ Dit komt onder andere omdat reeds onstane gezondheidsproblemen vaak niet omkeerbaar zijn.

Om de effecten van beleidsmaatregelen op de gezondheid en leefstijl van bewoners van armere wijken te kunnen evalueren is het allereerst nodig om de huidige gezondheidssituatie van deze bewoners in kaart te brengen. Zoals hierboven beschreven bleek al in het hoofdrapport dat mensen die moeite hebben om rond te komen van hun huishoudinkomen qua gezondheid structureel negatief afwijken van de gehele Curaçaose bevolking. In het huidige themarapport wordt voortgeborduurd op deze eerdere resultaten door een breed scala van gezondheidsindicatoren op het niveau van de armere wijken te bestuderen. Om eventuele maatregelen gericht te kunnen laten plaatsvinden wordt waar mogelijk gegevens van vier clusters van Arme Wijken onderling vergeleken en wordt per gebied een gezondheidsprofiel opgesteld. In de conclusie gaan we specifiek in op de gezondheidsbeïnvloedende factoren die zijn gemeten in de NGE 2017, waarop beleidsmaatregelen kunnen inspelen om de gezondheid van mensen te beschermen en te bevorderen.

1.6 Methode

Dit themarapport is gebaseerd op de data die is verzameld voor de NGE 2017, een representatief bevolkingsonderzoek onder inwoners van Curaçao dat sinds 2013 iedere vier jaar door VIC wordt uitgevoerd. Een uitgebreide beschrijving van de methode is terug te vinden in het hoofdrapport "De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2017, Resultaten, Methode en Tabellen" en wordt hieronder kort toegelicht:²⁶

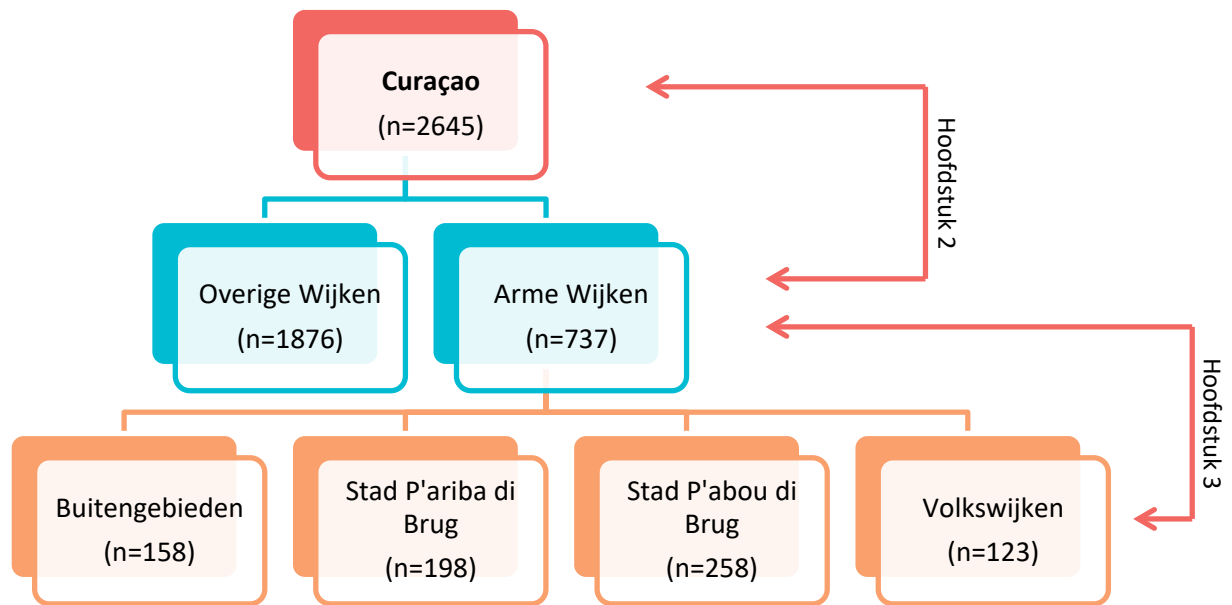
- *Dataverzameling*
De vragen in de vragenlijst zijn afgestemd met de internationale methode van de European Health Interview Survey (EHIS). In januari en februari 2017 heeft de afdeling veldwerk van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) de gegevens door middel van face-to-face interviews verzameld. Zo'n 2645 inwoners van Curaçao hebben meegedaan aan de NGE 2017. De respons van het onderzoek is daarmee 75%.
- *Representativiteit*
Om ervoor te zorgen dat de onderzoeksgegevens zoveel mogelijk representatief zijn voor de hele bevolking in Curaçao, zijn de gegevens gewogen op basis van geslacht en leeftijd. De resultaten van de NGE 2017 zijn hiermee representatief voor alle zelfstandig wonende inwoners van 18 jaar en ouder in Curaçao.

²⁴ WHO (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneve.

²⁵ Brug J, Lenthe F van (red) (2005) Environmental determinants and interventions for physical activity, nutrition and smoking: a review. Rotterdam: Erasmus MC.

²⁶ Verstraeten, S., Griffith-Lendering, M. en Pin, R. (2018), De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao. De resultaten, methode en tabellen. Geraadpleegd via: www.vic.cw

- *Significante verschillen*
Wanneer in dit rapport wordt gesproken over verschillen tussen twee groepen, mag ervan uitgegaan worden dat de betrouwbaarheidsintervallen van de percentages elkaar niet overlappen en dat de verschillen significant zijn. In hoofdstuk 3 rapporteren we de verschillen als er 5% of meer verschil is of als het percentage (meer dan) twee keer zo groot of klein is (bij resultaten onder de 5%). Dit doen we om een zo duidelijk mogelijk beeld te verkrijgen van de verschillen in het gezondheidsprofiel van de bewoners van de vier Armoede Clusters.
- *Betrouwbaarheid van de resultaten*
Om te voorkomen dat conclusies worden getrokken op basis van de antwoorden van te weinig respondenten is als uitgangspunt gebruikt dat per groep minstens 100 waarnemingen nodig zijn. Percentages die zijn berekend voor groepen van minder dan 100 respondenten zijn niet betrouwbaar en worden daarom niet gepubliceerd.
Sommige aandoeningen komen minder dan 1% voor onder alle bewoners van Curaçao. Het gaat hier om een hartaanval of de chronische gevolgen van een hartaanval (0.9%), kanker, inclusief leukemie en lymfeklierkanker (0.9%), levercirrose (0.5) en een beperking in horen (doof of slechthorend) (0.5%). Ook het ontvangen van onderstand (0.3%) en het zelfgerapporteerde harddrug gebruik (0.5%) blijft onder de 1%. Omdat dit bij vergelijkingen tussen de Armoede Clusters en de Arme Wijken (hoofdstuk 3) hele kleine getallen betreft, zijn de percentages niet betrouwbaar en worden daarom niet gepubliceerd.
- *Interpretatie van de resultaten*
De resultaten in dit rapport laten zien hoe de Curaçaose gemeenschap haar gezondheid, haar leefstijl en haar toegang tot zorg rapporteerde in de periode januari en februari 2017. Dit type onderzoek is echter niet geschikt om oorzakelijke verbanden te concluderen. De relaties tussen oorzaak en gevolg zijn voor gezondheid vaak namelijk erg complex en worden tijdens dit onderzoek tegelijkertijd in kaart gebracht. Zo kunnen mensen die in armere wijken wonen zieker zijn doordat ze in ongezondere omstandigheden leven, maar ook omdat ziekere mensen door hun gezondheidsstatus alleen een woning in een minder goede wijk kunnen betalen.
- *Vergelijkingen in dit rapport*
Om een beeld te geven van de gezondheidsverschillen in de armere wijken en de vier clusters van de armere wijken maken we in dit rapport twee soorten vergelijkingen:
 1. In hoofdstuk 2 vergelijken we de bewoners van de armere wijken (n=737) met de bewoners van heel Curaçao (n=2645).
 2. In hoofdstuk 3 vergelijken we de bewoners van de vier clusters van de armere met de bewoners van de armere wijken tezamen (n=737).



Figuur 1.4 Vergelijkingen in dit rapport: Arme Wijken vs. Curaçao (hoofdstuk 2) en de vier clusters met armere wijken vs. Arme Wijken (hoofdstuk 3). n = aantal respondenten in de NGE 2017.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit rapport worden de gezondheidsgegevens in de Arme Wijken vergeleken met de totaalcijfers voor Curaçao. Waar mogelijk worden de verschillen tussen de vier clusters van de Arme Wijken met alle Arme Wijken vergeleken in hoofdstuk 3, zodat we per cluster een gezondheidsprofiel kunnen opstellen waarin de belangrijkste gezondheidsuitdagingen in een bepaald gebied worden onderstreept. Tot slot volgt er een conclusie van de resultaten in hoofdstuk 4 en gaan we specifiek in op de gezondheidsbeïnvloedende factoren die zijn gemeten in de NGE 2017, waarop beleidsmaatregelen kunnen inspelen om de gezondheid van mensen te beschermen en te bevorderen.





2. Gezondheid in de arme wijken



2. Gezondheid in de Arme Wijken

In dit hoofdstuk vergelijken we de bewoners van de armere wijken met de totaalcijfers voor de bewoners van Curaçao.

Zodoende maken we voor de armere wijken, waar meer dan 30% van de huishoudens onder de armoede grens leeft, een gezondheidsprofiel waarin de belangrijkste verschillen ten opzichte van de Curaçaose wijken in het algemeen kunnen worden gepresenteerd. Dit gezondheidsprofiel gaat in op een aantal thema's: bevolkingskenmerken, de gezondheidsstatus en leefstijl van de bewoners, en het gebruik van zorgvoorzieningen.

2.1 Selectie Arme Wijken in Curaçao

Het Centraal Bureau voor Statistiek Curaçao (hierna: CBS) heeft op verschillende manieren de armoedeproblematiek in Curaçao in beeld gebracht tijdens de laatste Census in 2011.²⁷ Eén manier is door het percentage huishoudens dat leeft onder de armoedegrens per gebied (geozone) weer te geven.

De armoedegrens verschilt naarmate de samenstelling van het huishouden verschilt. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de armoedegrenzen naar de samenstelling van het huishouden en het minimumloon in 2011 (het jaar van de census) en in 2017 (de meest recente gegevens).

Tabel 2.1 Armoedegrenzen en minimumloon in Curaçao in Naf

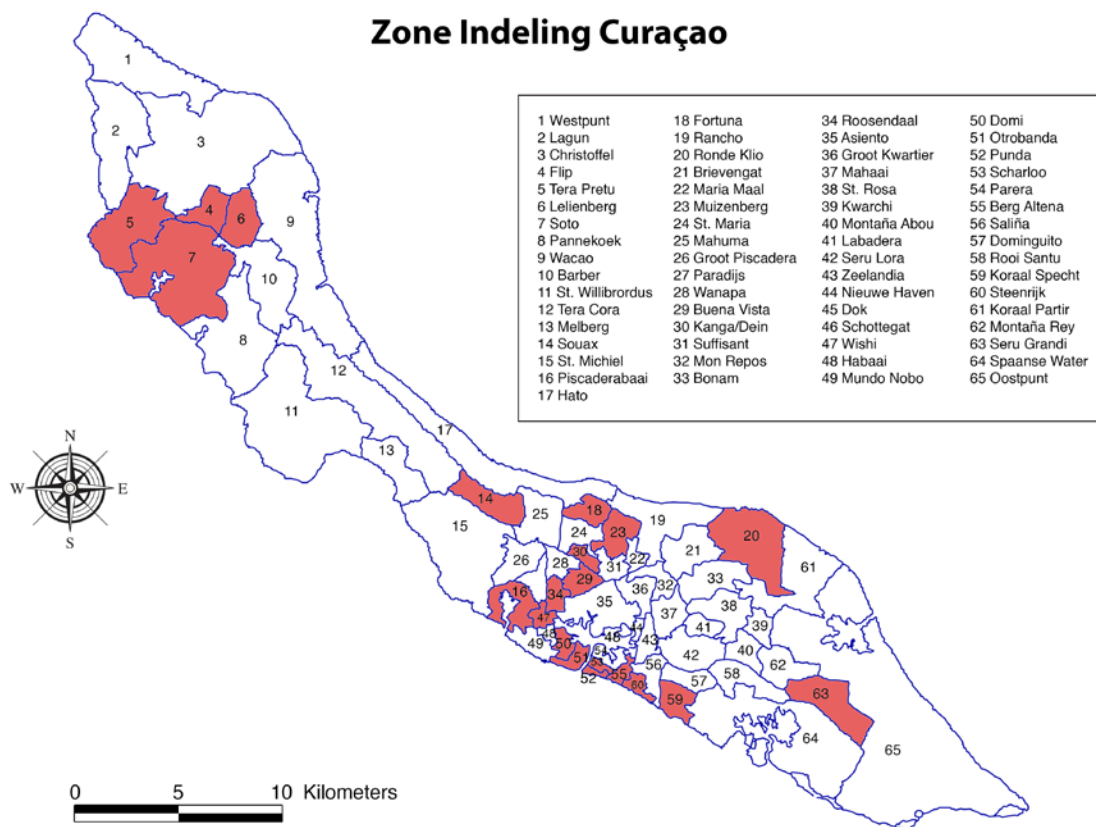
Huishoudsamenstelling	Armoedegrens 1 januari 2011	Armoedegrens 1 januari 2017
Twee volwassenen en twee kinderen	2389	2580
Eénpersoonshuishouden	1164	1229
Twee volwassenen	1706	1842
Eén volwassene met één kind	1478	1596
Eén volwassene met twee kinderen	1820	1966
Twee volwassenen met één kind	2047	2211
Drie volwassenen	2275	2456
Minimumloon per maand	1305	1560

Noot: Naar berekening van de Sociaal Economische Raad,²⁸ o.b.v. gegevens afkomstig van het CBS, in Naf per maand.

Van alle huishoudens had 25.1 procent in 2011 een inkomen dat beneden de armoedegrens ligt. Om een vergelijking te maken tussen de armere wijken en de totaalcijfers van Curaçao zijn de gebieden geselecteerd waar meer dan 30% van de huishoudens onder de armoedegrens leeft. Deze gebieden worden hierna de "Arme Wijken" genoemd.

²⁷ CBS (2011). Census 2011 - Inkomens- en inkomensvergelijkingen. Geraadpleegd via: www.cbs.cw

²⁸ Sociaal Economische Raad Curaçao (2017) Initiatief advies inzake een Verkenning van het beleidsthema Minimumlonen. Geraadpleegd via: <https://ser.cw/files/2017/10/173-2017-SER.pdf>



Figuur 2.1 Gebieden waar meer dan 30% van de huishoudens leeft onder de armoedegrens

2.2 Bevolkingskenmerken Arme Wijken

De populatie van Curaçao bestaat uit meer vrouwen dan mannen. In de Arme Wijken is deze verdeling zelfs nog schever dan in heel Curaçao, wat betekent dat er relatief nog meer vrouwen wonen dan mannen. De leeftijdsverdeling in de Arme Wijken is vergelijkbaar met de totale bevolking van Curaçao. Verder zijn bewoners van de Arme Wijken vaker ongehuwd, hebben ze vaker een laag opleidingsniveau, hebben ze vaker (enige) moeite om rond te komen van het huishoudinkomen, zijn ze vaker permanent arbeidsongeschikt maar ontvangen minder vaak een uitkering, wonen minder vaak samen met een partner en vormen vaker een éénoudergezin. Zie ook tabel 2.1.

Tabel 2.1 Kenmerken van de bewoners van Curaçao vs. de bewoners van Arme Wijken

	Totaal (n=2645) %	Arme Wijken (n=737) %
Geslacht		
Mannen	44	41
Vrouwen	56	59
Leeftijd		
18-24 jaar	11	12
25-44 jaar	31	32
45-64 jaar	38	37
65 jaar of ouder	20	19
Geboorteland		
Curaçao	77	76
Nederland	5	3
Elders	18	21
Burgerlijke staat		
Gehuwd, incl. geregistreerd partnerschap	33	28
Samenwonend	9	7
Ongehuwd, nooit gehuwd	41	49
Gescheiden, niet hertrouwd	10	10
Weduwe/ Weduwnaar, niet hertrouwd	7	6
Opleidingsniveau		
Laag (Geen, LO)	17	24
Midden 1 (Mavo, LBO)	38	45
Midden 2 (Havo, VWO, SBO)	30	25
Hoog (HBO, WO)	16	6
Huishoudinkomen		
Geen enkele moeite om rond te komen	56	46
Geen moeite, maar moet wel opletten op uitgaven	23	26
Enige moeite om rond te komen	12	18
Grote moeite om rond te komen	8	11
Arbeidsituatie		
Heeft betaald werk	55	54
Werkloos/werkzoekend	7	9
Permanent arbeidsongeschikt	1	3
Ontvangt onderstand/uitkering	0.3	0.1
Huishoudsamenstelling		
Woont samen met partner	39	30
Woont samen met kind(eren) jonger dan 18	21	24
Woont samen met ouders	21	25
Eenoudergezin	19	24

2.3 Gezondheidsstatus in Arme Wijken

2.3.1 Ervaren gezondheid

In Nederlands onderzoek zien we dat volwassenen in de laagste inkomensgroepen hun gezondheid vaker als slecht ervaren.²⁹ Onderzoek toont aan dat mensen die hun eigen gezondheid als (zeer) goed ervaren, een kleinere kans hebben op vroegtijdig overlijden.³⁰ Vijfenzeventig procent (75%) van de volwassenen in Curaçao ervaart hun eigen gezondheid als (heel) goed, dat is hetzelfde als in Arme Wijken (75%). Zeven procent (7%) van de bewoners van Arme Wijken ervaart een (heel) slechte gezondheid, onder de gehele bevolking is dat vijf procent (5%).

²⁹ GGD Noord- Oost Nederland (2014), Armoede en gezondheid in Noord- Oost Nederland. Geraadpleegd via: http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Factsheets/Armoede%20en%20gezondheid,%202014.pdf

³⁰ DeSalvo, K.B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267-75.

2.3.2 Zelfgerapporteerde ziekten en aandoeningen

Onderzoek toont belangrijke sociaaleconomische verschillen in de aanwezigheid van chronische aandoeningen, langdurige beperkingen en langdurige gezondheidsproblemen.³¹ Chronische ziekten, aandoeningen waarbij de ziekteduur langdurig is en geen uitzicht is op volledig herstel kunnen de arbeidsparticipatie beïnvloeden. Mensen met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen hebben minder vaak betaald werk dan mensen zonder een chronische ziekte of lichamelijke beperking. Ook werken zij gemiddeld minder uren per week en verzuimen ze langer.³² Een chronische ziekte of beperking heeft vaak ook financiële consequenties; enerzijds omdat mensen voor hun inkomen vaker aangewezen zijn op een arbeidsongeschiktheids- of andere uitkering, anderzijds omdat een chronische ziekte of beperking vaak extra kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld doordat het gebruik van zorgvoorzieningen die niet volledig vergoed wordt of omdat het leven met een chronische ziekte of beperking meer kost (dieet, hulpmiddelen, vervoerskosten, etcetera).³³

In Curaçao heeft 47% van de volwassenen één of meer chronische ziekten (inclusief hoge bloeddruk). In de Arme Wijken is dat 46%. Negentien procent (19%) van de volwassenen heeft twee of meer chronische ziekten (multimorbiditeit, inclusief hoge bloeddruk). Dit is in de Arme Wijken 20%. Wanneer alle zelfgerapporteerde ziekten en aandoeningen (langdurig en niet-langdurig) apart worden bekeken, zien we slechts kleine verschillen, zoals iets vaker astma in de Arme Wijken (6%) dan in heel Curaçao (4%) en iets vaker depressie in de Arme Wijken (9%) dan in heel Curaçao (7%).

2.3.3 Depressie

Armoede is een risicofactor voor het ontwikkelen of in stand houden van een depressieve stoornis.³⁴ Depressie, één van de meest voorkomende ziekten met de meeste ziektelast, is naast zelf-rapportage in de NGE 2017 ook gemeten met behulp van het instrument “8-item Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)” die in gaat op de ernst van de depressieve klachten.³⁵ In Curaçao heeft 2% van de volwassenen depressieve klachten in de 2 weken voor het interview. Bij bewoners van Arme Wijken komt dit bij 3% voor.

2.3.4 Ongevallen

Ongevallen en letsel beïnvloeden mensen in alle leeftijden en inkomensgroepen. De omvang van het probleem varieert echter aanzienlijk per leeftijdsgroep, geslacht, en inkomensgroep. Ongevallen zijn een belangrijke oorzaak voor langdurige aandoeningen en vroegtijdige sterfte. Een ongeval kan lichamelijke letsels en invaliditeit, maar ook psychologische trauma's veroorzaken.³⁶ Elf procent (11%) van de Curaçaoenaars heeft in de 12 maanden voor het interview een ongeval gehad in het verkeer, thuis, tijdens hun vrije tijd of op het werk. Dit percentage is hetzelfde als onder bewoners van Arme Wijken (11%).

³¹ Bossuyt, N., & OYEN, V. (2001). Socio-economische verschillen in gezondheid. *IPH/EPI, Reports*, (2001/13).

³² Maurits, E., Rijken, M., & Friele, R. (2013). Kennissynthese chronisch ziek en werk: arbeidsparticipatie door mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking.

³³ NIVEL (2014). Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Geraadpleegd via: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/jaarverslag2013monitorchronischeziekte.pdf>

³⁴ Trimbos-instituut (2017). Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd via: <https://assets.trimbos.nl/docs/262989cc-bc35-48cb-a2ef-2d35fc48c266.pdf>

³⁵ Kroenke, K., Strine, T.W., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Berry, J.T., Mokdad, A.H. (2008). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2008.06.026.

³⁶ Peden M, McGee K, Krug E. (2002). Injury: a leading cause of the global burden of disease, 2000. Geneva: World Health Organization.

2.3.5 Afwezigheid werk door gezondheidsproblemen

Het bevorderen van de gezondheid van werknemers kan leiden tot lager ziekteverzuim, maar ook tot meer voldoening, een hogere motivatie en minder verloop van werknemers. In Curaçao zegt 43% van de volwassenen met betaald werk in de 12 maanden voor het interview afwezig te zijn geweest op het werk vanwege gezondheidsproblemen. Onder bewoners van Arme Wijken is dit 42%.

2.3.6 Lichamelijke beperkingen

Mensen met een lichamelijke beperking zijn financieel kwetsbaar. Zij hebben meer kosten en hebben risico op een achteruitgang in koopkracht. Om rond te kunnen komen, moet men veelal spaargeld aanspreken en/of schulden maken.³⁷ Negen procent (9%) van de volwassenen in Curaçao heeft een lichamelijke beperking in zien (blind of slechtziend), horen (doof of slechthorend) en/of mobiliteit (slecht ter been of invalide). Lichamelijke beperkingen komen onder 11% van de bewoners van Arme Wijken voor.

2.3.7 Persoonlijke verzorgings- en huishoudelijke activiteiten onder 60-plussers

Ouderen in Curaçao hebben vaker gezondheidsklachten maar ook vaker een laag inkomen.³⁸ Een afname van de zelfredzaamheid, het zelf kunnen uitvoeren van persoonlijke verzorgings- en huishoudelijke activiteiten, kan financiële consequenties hebben voor zelfstandig wonende ouderen als de behoefte aan hulp toe neemt.

Drie procent (3%) van de 60-plussers is beperkt in persoonlijke verzorgingsactiviteiten, zoals zelfstandig eten, uit een stoel of bed komen, aan- en uitkleden, toiletgebruik en/of zelfstandig een douche of bad nemen. Dit is meer dan twee keer zo vaak het geval onder 60-plussers in Arme Wijken (7%).

Voor het uitvoeren van van huishoudelijke activiteiten, zoals het klaar maken van een maaltijd, telefoneren, winkelen, medicijngebruik en/of huishoudelijk werk zijn de 60-plussers in Arme Wijken in 16% van de gevallen beperkt vergeleken met 15% in heel Curaçao.

2.3.8 Pijn

Mensen die een vreselijke of ondraaglijke pijn ervaren hebben een groter risico op beperkingen en maken meer gebruik van de gezondheidszorg. Eén van de risicofactoren voor pijn is een lage sociaaleconomische status.³⁹ Negen procent (9%) van de volwassenen heeft in de 4 weken voor het interview last gehad van vreselijke of ondraaglijke lichamelijke pijn. Onder bewoners van Arme Wijken is dit 11%.

³⁷ Schuurman, M., Kröber, H. & Verdonschot, M. (2013) Resultaten van onderzoek naar oorzaken, gevolgen voor inclusie, preventie en benodigde ondersteuning Armoede bij mensen met beperkingen. Geraadpleegd via: https://www.vilans.nl/docs/producten/armoede%20en%20inclusie_ai.pdf

³⁸ CBS (2011) Inkomens en inkomensverdeling in Curaçao. Publicatierieks Censur 2011. Geraadpleegd via: <http://www.cbs.cw/document.php?m=1&fileid=4657&f=9e5e60f0a53cd58162b5e1372426eec6&attachment=0&c=1366>

³⁹ Nahin, R. L. (2015). Estimates of Pain Prevalence and Severity in Adults: United States, 2012. The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society, 16(8), 769–780.

2.4 Leefstijl in Arme Wijken

2.4.1 Overgewicht, Eten en Bewegen

Overgewicht en obesitas

Amerikaans onderzoek laat zien dat obesitas vaker voor komt onder mensen die de laagste inkomens, vooral onder vrouwen en bepaalde etnische groepen.⁴⁰ Ook in Nederlandse regio's en (achterstands)wijken met bewoners die de laagste inkomens is de prevalentie van (ernstig) overgewicht het hoogst.⁴¹ Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) zijn abnormale of buitensporige opeenhopingen van vet die de gezondheid kunnen beïnvloeden. Bij een BMI van 25 kg/m² of hoger is sprake van overgewicht, bij een BMI van 30 kg/m² of hoger van obesitas. Epidemiologische studies tonen aan dat bij een BMI-waarde van 25 kg/m² of hoger de kans op ziekten en overlijden toeneemt.⁴² Zo is overgewicht of obesitas een belangrijke risicofactor voor diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, en bepaalde vormen van kanker.⁴³

Op basis van zelfgerapporteerde lengte en gewicht is 65% van de volwassenen in Curaçao te zwaar (overgewicht en/of obesitas), in Arme Wijken is dit 63%. Wanneer overgewicht apart wordt bekeken komt dit onder bewoners van Arme Wijken (31%) minder vaak voor dan in heel Curaçao (36%). Voor obesitas is dat omgekeerd: In Arme Wijken heeft 32% van de bewoners obesitas, in heel Curaçao is dit 29%.

Lichaamsbeweging en sport

De inrichting en veiligheid van de wijk waarin men woont heeft invloed op het regelmatig bewegen van de bewoners van de wijk.⁴⁴ In onderzoek noemen mensen met een lagere sociaaleconomische achtergrond een slechte buurt, de esthetiek, veiligheidsproblemen en een slechte toegang tot faciliteiten als barrières om fysiek actief te zijn, terwijl mensen met een hoge sociaaleconomische achtergrond een goede toegankelijkheid ervaren tot sportfaciliteiten.⁴⁵ Regelmatige lichamelijke activiteit bevordert de kwaliteit van leven en kent veel gezondheidsvoordelen.

In Curaçao is 19% van de volwassenen inactief: zij hebben in de week voor het interview op geen enkele dag tenminste 10 minuten onafgebroken aan lopen, fietsen of sporten, of aan fysieke werkzaamheden en krachttraining gedaan. Dit is het geval bij 22% van de bewoners van Arme Wijken.

Eénendertig procent (31%) van de volwassenen sport ten minste 10 minuten per week, in Arme Wijken is dat veel minder (20%). Krachttraining, één of meer dagen in de week, wordt door 22% van de volwassenen gedaan, ook dit is minder vaak het geval onder bewoners van Arme Wijken (15%).

⁴⁰ Sullivan, S. M., Brashear, M. M., Broyles, S. T., & Rung, A. L. (2014). Neighborhood environments and obesity among Afro-Caribbean, African American, and Non-Hispanic white adults in the United States: results from the National Survey of American Life. *Preventive medicine, 61*, 1-5.

⁴¹ Pharos (2014) Factsheet Sociaal Economische Gezondheidsverschillen. Geraadpleegd via: http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_sociaal_economische_gezondheidsverschillen.pdf

⁴² World Health Organization (2017). Factsheet Obesity and Overweight. Geraadpleegd via: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

⁴³ Volksgezondheidszorg.info (2017). Geraadpleegd via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-o0orzaken-diabetes-type-2>

⁴⁴ Alleman, T., Storm, I., & Penris, M. (2005). Beweging en veiligheid in de wijk. Handleiding bewegingsbevorderende en veilige wijken (RIVM rapport 270014001). Bilthoven: RIVM.

⁴⁵ Kamphuis, C. B., van Lenthe, F. J., Giskes, K., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2007). Perceived environmental determinants of physical activity and fruit and vegetable consumption among high and low socioeconomic groups in the Netherlands. *Health & place, 13*(2), 493-503.

Eetgewoonten

Ongezonder voedsel met veel calorieën is vaak goedkoper dan gezond voedsel met minder calorieën, en geeft ook een meer verzadigd gevoel.⁴⁶ Daarnaast is het almaar moeilijker geworden voor mensen met weinig geld om gezond voedsel te kopen: beschikbaarheid en prijs van gezonde voedingsmiddelen in voedselwinkels kan de aankooppatronen, de voedingsinname en het gewicht van mensen beïnvloeden.⁴⁷ Mensen met een lagere sociaaleconomische status eten over het algemeen minder groenten en fruit en meer vet in Nederland.⁴⁸

Bewoners van Arme Wijken voldoen iets minder vaak aan de norm van 2 of meer porties fruit (13% vs. 16%) en groente (12% vs. 14%) per dag in vergelijking met de gehele Curaçaose bevolking. Bewoners van Arme Wijken hebben in de 7 dagen voor het interview iets minder vaak in een fastfood restaurant gegeten dan de gehele bevolking (38% vs. 41%). Het dagelijks frisdrankgebruik in de afgelopen 30 dagen is gelijk (beiden 29%).

2.4.2 Middelengebruik

Roken

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lagere sociaaleconomische status vaker roken.^{49, 50} Sociaaleconomische verschillen in roken dragen bij aan sociaaleconomische verschillen in gezondheid en sterfte.⁵¹ Roken is de leefstijlfactor met veruit de hoogste bijdrage aan vermijdbare ziekten. Dit komt vooral doordat roken bijdraagt aan een verhoogde kans op de longziekte COPD, hart- en vaatziekten en (long)kanker.

In Curaçao geeft 13% van de volwassenen aan (wel eens) te roken. Meestal gaat het om het roken van sigaretten en shag. In Arme Wijken wordt iets meer gerookt (15%). Achttien procent (18%) van de volwassenen in Curaçao rookt zelf niet, maar komt wel in aanraking met tabaksrook binnenshuis (meerooken). In Arme Wijken is dit 19%.

Alcoholgebruik

Alcoholgebruik is geïdentificeerd als een belangrijke risicofactor voor chronische ziekten en verwondingen. De ziektelast hangt nauw samen met de gemiddelde hoeveelheid alcohol die wordt gedronken en is het sterkst bij arme mensen en bij mensen die gemarginaliseerd zijn in de samenleving.⁵² Alcoholgebruik heeft invloed op bijna alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig verschillende aandoeningen, variërend van chronische aandoeningen tot acute aandoeningen tot verwondingen. Nederlands onderzoek laat zien dat volwassenen met een laag inkomen minder vaak alcohol drinken dan volwassenen met hoge inkomens.⁵³

⁴⁶ Bolle, J. & Vriesema, I. (2018, 14 juni). Als het geldgebrek je niet nekt, dan wel de stress. *NRC*. Geraadpleegd via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/06/14/als-het-geldgebrek-je-niet-nekt-dan-wel-de-stress-a1606609>

⁴⁷ Krukowski, R. A., West, D. S., Harvey-Berino, J., & Prewitt, T. E. (2010). Neighborhood impact on healthy food availability and pricing in food stores. *Journal of community health, 35*(3), 315-320.

⁴⁸ Jansen J, Schuit AJ, van der Lucht F. Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Houten: RIVM, 2002.

⁴⁹ Droomers, P. C. A., Limburg, L. C. M., & Westert, G. P. (2003). Het terugdringen van sociaal-economische verschillen in gezondheid tussen 2000 en 2020. Inhoud en organisatie van de SEGV monitor. *RIVM rapport 260201001*.

⁵⁰ GGD Noord- Oost Nederland (2014), Armoede en gezondheid in Noord- Oost Nederland. Geraadpleegd via: http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Factsheets/Armoede%20en%20gezondheid,%202014.pdf

⁵¹ Trimbos (2017) Factsheet effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status. Geraadpleegd via: <https://assets.trimbos.nl/docs/1893e316-2c9b-46d1-a2d6-9c54e2fc499d.pdf>

⁵² Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The lancet, 373*(9682), 2223-2233.

⁵³ GGD Noord- Oost Nederland (2014), Armoede en gezondheid in Noord- Oost Nederland. Geraadpleegd via: http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Factsheets/Armoede%20en%20gezondheid,%202014.pdf

In Curaçao drinkt 58% van de volwassenen (wel eens) alcohol. Bewoners van Arme Wijken doen dat minder vaak (52%). Vier procent (4%) van de Curaçaoënaars is een overmatig alcoholgebruiker,⁵⁴ 5% een zware drinker.⁵⁵ We zien hier geen verschillen met bewoners van Arme Wijken (4% en 5% respectievelijk).

Drugsgebruik

Het gebruik van harddrugs (cocaïne, base, heroïne en ecstasy) brengt in vergelijking met softdrugs (cannabis, hasj en marihuana) een grotere verslavingskans met zich mee en daarnaast ook een groter gezondheidsrisico, zowel psychisch als lichamelijk.⁵⁶ Toch is het gebruik van softdrugs niet zonder gezondheidsrisico: bij mensen die hiervoor gevoelig zijn kan het gebruik ervan depressie, angst en zelfs schizofrenie stimuleren.⁵⁷

Twee procent (2%) van de volwassenen zegt in de 12 maanden voor het interview softdrugs te hebben gebruikt. Onder bewoners van Arme Wijken is dat 3%. Harddrugsgebruik wordt door 0.5% van de volwassenen aangegeven, in Arme Wijken is dit 0.4%.

2.4.3 Sociale omgeving

Gunstige sociale omstandigheden beschermen tegen ziekte: waar armoede en sociale uitsluiting ziek maken, verbetert het hebben van werk de gezondheid.⁵⁸ Uit onderzoek weten we dat mensen met minder financiële middelen zich meestal eenzaamder voelen in vergelijking met mensen met een hoog inkomen.⁵⁹

Zes procent (6%) van de volwassenen in Curaçao heeft met niemand zo'n goede band dat zij op hem/haar kan rekenen wanneer zij ernstige persoonlijke problemen hebben. Onder bewoners van Arme Wijken is dat 9%. Drie procent (3%) zegt dat andere mensen weinig tot geen belangstelling en interesse hebben voor wat zij doen, in Arme Wijken is dat 2%. In Curaçao geeft 16% van de volwassenen aan dat het (heel) moeilijk is om praktische hulp te krijgen van hun bureaus als zij dat nodig hebben, onder bewoners van Arme Wijken is dat 20%.

2.4.4 Overlast in de Woonomgeving

Een lage sociaaleconomische positie wordt gekenmerkt door een combinatie van ongunstige omstandigheden. Soms zijn deze omstandigheden rechtstreeks slecht voor de gezondheid, bijvoorbeeld bij mensen die in een wijk wonen met veel fijnstof in de lucht.⁶⁰ De sociaaleconomische status is een belangrijke bepalende factor voor de waarschijnlijkheid dat personen en populaties worden blootgesteld aan milieu- en andere risicofactoren voor de gezondheid.⁶¹ Een gezonde leefomgeving nodigt uit tot gezond gedrag en heeft zo min mogelijk een negatieve invloed op de gezondheid. Het is een belangrijke pijler in preventie rondom overgewicht, eenzaamheid en gezondheidsachterstanden.⁶²

⁵⁴ Overmatige drinker: drinkt 21 of meer (mannen) of 14 of meer (vrouwen) glazen alcoholhoudende drank per week

⁵⁵ Zware drinker: drinkt één of meer dagen in de week 6 of meer (mannen) of 4 of meer (vrouwen) glazen alcoholhoudende drank op een dag.

⁵⁶ Trimbos Instituut (2017). Alcohol, tabak en drugs. Geraadpleegd via: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs>.

⁵⁷ Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. Moore, T.H.M. et al. 2007. The Lancet. Volume 370, pp 319-328.

⁵⁸ Muijsenbergh, M. (2018). *Vershil moet er zijn!* [Oratie]. Geraadpleegd via: http://www.pharos.nl/documents/doc/oratie_maria_muijsenbergh_lr.pdf

⁵⁹ De Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J. Ageing* 2010, 7(2): 121-130.

⁶⁰ Muijsenbergh, M. (2018). *Vershil moet er zijn!* [Oratie]. Geraadpleegd via: http://www.pharos.nl/documents/doc/oratie_maria_muijsenbergh_lr.pdf

⁶¹ Blakely, T., Hales, S., Prüss-Üstün, A., Campbell-Lendrum, D. H., Corvalán, C. F., Woodward, A., & World Health Organization. (2004). Poverty: assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels.

⁶² Loket Gezond Leven (2018). Geraadpleegd via: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/gezonde-leefomgeving>.

De hieronder genoemde vormen van overlast in de woonomgeving dragen bij aan het ontstaan van ziekten en een slechter welbevinden. Zo brengen steekmuggen zoals de Aedes-muggen, met name de gelekoortsmug (*Aedes aegypti*) en de Aziatische tijgermug (*Aedes albopictus*), ziekten zoals dengue (knokkelkoorts), chikungunya en zikakoorts over.⁶³ Langdurige (enkele maanden tot jaren) blootstelling aan luchtvervuiling kan leiden tot een verminderde levensduur.⁶⁴ Geluidsoverlast heeft een negatieve invloed op de leerprestaties en verhoogd het risico op hart- en vaatziekten.⁶⁵ Tot slot heeft het ervaren van een misdrijf zoals een inbraak een grote invloed op het psychologische welzijn van een persoon.⁶⁶

In tegenstelling tot bewoners van heel Curaçao zeggen bewoners van Arme Wijken vaker dat ze in hun woonomgeving blootgesteld zijn geweest aan vuil en afval (33% vs. 27%). Daarnaast hebben ze iets meer overlast van muggen (92% vs. 90%), knaagdieren (37% vs. 33%), en overlast van stank (26% vs. 22%) en luchtvervuiling (22% vs. 18%) van het industriegebied Schottegat (Isla) en/of andere industriële bronnen. Bewoners van Arme Wijken geven daarentegen iets minder vaak dan de gehele Curaçaose bevolking aan overlast te hebben ondervonden van geluidsoverlast (26% vs. 27%) en criminaliteit (15% vs. 16%) in hun woonomgeving.

2.5 Gebruik zorgvoorzieningen in Arme Wijken

2.5.1 Zorgvoorzieningen

Mantelzorg

Mantelzorg is informele, onbetaalde hulp die gegeven wordt aan een bekende uit iemands omgeving als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. In Curaçao geeft 20% van de volwassenen minstens één keer per week mantelzorg aan één of meer mensen die lijden aan beperkingen vanwege hun leeftijd, hun gezondheid of een handicap. Bewoners van Arme Wijken doen dit iets minder vaak (16%).

Verzekering

Bijna alle volwassenen (99%) in Curaçao zijn verzekerd voor ziektekosten, in Arme Wijken is dit even vaak het geval. In Arme Wijken zijn bewoners vaker via de SVB verzekerd (95%) dan in heel Curaçao (86%) en minder vaak particulier verzekerd (3% vs. 8%).

Eerstelijnsgezondheidszorg

De eerstelijnsgezondheidszorg heeft een belangrijke signalerende functie. Huisartsen zien direct de gevolgen van armoede, slechte huisvesting, en bronnen van chronische stress onder hun patienten. Mensen uit kwetsbare sociale groepen komen bij de huisarts met hun vragen en problemen, al dan niet verpakt als lichamelijke klacht.⁶⁷

In 2017 geeft 78% van de volwassenen aan in de 12 maanden voor het interview een consult te hebben gehad met een huisarts. In Arme Wijken is dat 77%. In de Arme Wijken consulteerde bewoners minder vaak een

⁶³ RIVM (2017). Geraadpleegd via: <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/M/Muggen>.

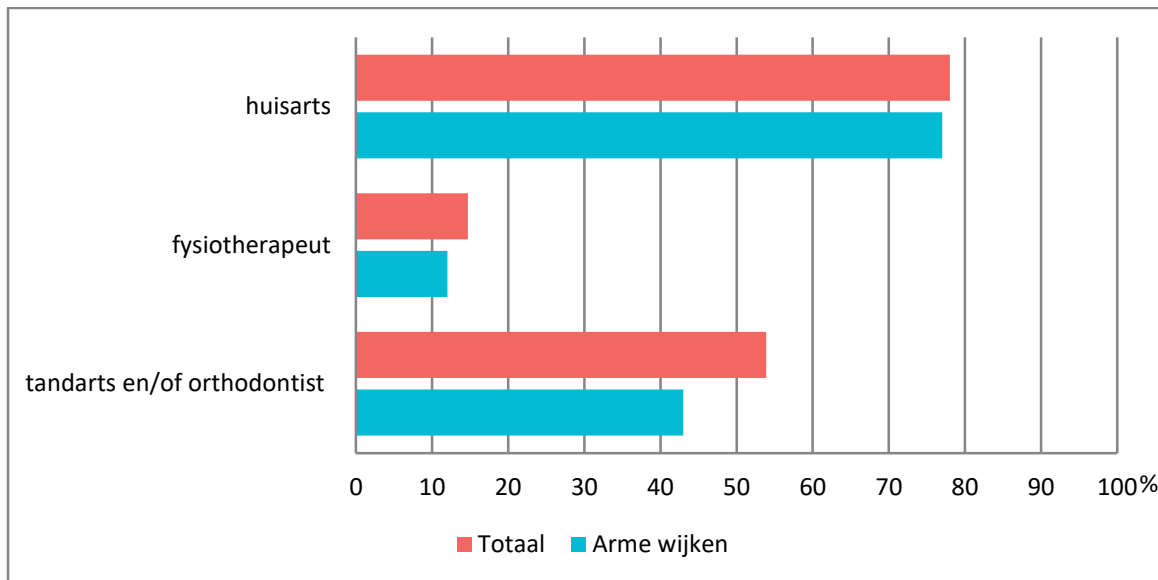
⁶⁴ Fine-particular air pollution and life expectancy in the United States. Pope, C.A., Ezatti, M., & Dockery, D.W. 2009, *New England Journal of Medicine*, Vol. 360, pp. 376-386.

⁶⁵ World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe/ European Commission 2011.

⁶⁶ Morrall P1, Marshall P, Pattison S, Macdonald G. Crime and health: a preliminary study into the effects of crime on the mental health of UK university students. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Vol. 17, Issue 9, pp 821-828.

⁶⁷ Muijsenbergh, M. (2018). *Vershil moet er zijn!* [Oratie]. Geraadpleegd via: http://www.pharos.nl/documents/doc/oratie_maria_muijsenbergh_lr.pdf

fysiotherapeut (12%) dan in heel Curaçao (16%). Het verschil in zorggebruik is nog groter voor tandzorg: in Arme Wijken 43% en in heel Curaçao 54% in de 12 maanden voor het interview (zie figuur 2.2).



Figuur 2.2 Percentage van de volwassenen dat in de 12 maanden voor het interview een consult heeft gehad met een huisarts, fysiotherapeut en/of tandarts/orthodontist.

Tweedelijnsgezondheidszorg

In 2017 heeft 35% van de volwassenen een consult gehad met een medisch specialist in de 12 maanden voor het interview. Contact met een medisch specialist tijdens een ziekenhuisopname telt hierbij niet mee. In Arme Wijken is dit 31%.

De meeste consulten met een medisch specialist (73%) vinden plaats in de praktijk (ofisina) van de specialist, waarbij de verschillen klein zijn voor Arme Wijken (74%). Voor 0.8% van de bewoners van Arme Wijken vond een consult met een medisch specialist plaats in het buitenland. Dit is lager dan voor alle bewoners van Curaçao (3%).

Dagbehandeling en ziekenhuisopname

Zes procent (6%) van de volwassenen is in de 12 maanden voor het interview in een ziekenhuis opgenomen geweest voor dagbehandeling, waarbij een overnachting niet nodig was. Onder bewoners van Arme Wijken is dit vijf procent (5%).

Acht procent (8%) van de volwassenen is in de 12 maanden voor het interview in het ziekenhuis opgenomen waarbij één of meerdere nachten in het ziekenhuis is doorgebracht (ziekenhuisopname). De tijd die in het ziekenhuis is doorgebracht door vrouwen in verband met een bevalling zonder complicaties telt hierbij niet mee. Onder bewoners van Arme Wijken is dit zeven procent (7%).

Gebruik van geneesmiddelen

Vijftig procent (50%) van de volwassenen zegt in de 2 weken voor het interview geneesmiddelen te hebben gebruikt die door een arts zijn voorgeschreven. In Arme Wijken is dit 49%. In Curaçao geeft 49% aan geneesmiddelen, vitamines en kruiden te gebruiken die niet door een arts zijn voorgeschreven, ook dit is iets minder vaak in Arme Wijken (47%). Van de 18- tot 50-jarige vrouwen in Curaçao zegt 21% de pil of andere

hormonale vormen van anticonceptiva te hebben gebruikt in de 2 weken voor het interview. Het percentage vrouwen dat hormonale anticonceptie gebruikt is iets lager onder vrouwen in Arme Wijken (20%).

Gebruik preventieve zorgmaatregelen

Preventieve zorg focust op maatregelen waardoor aandoeningen of complicaties van aandoeningen tijdig opgespoord en behandeld kunnen worden. Curaçao'se volwassenen hebben het vaakst een meting van de bloeddruk ondergaan in de 12 maanden voor het interview (91%). Onder bewoners van de Arme Wijken is dat percentage gelijk (91%). Bewoners van de Arme Wijken hebben echter minder vaak een meting voor cholesterol en bloedsuiker, en een borstkanker- en baarmoederhalskankeronderzoek ondergaan dan alle bewoners van Curaçao (tabel 2.2). Voor baarmoederhalskankeronderzoek onder vrouwen is dit verschil het grootst: 40% in de Arme Wijken vs. 49% in heel Curaçao.

Tabel 2.2 Percentage volwassenen dat gebruikt heeft gemaakt van preventieve zorgmaatregelen

	Totaal	Arme Wijken
Meting van hoge bloeddruk onder volwassenen in de afgelopen 5 jaar	91	91
Meting van cholesterol onder volwassenen in de afgelopen 3 jaar	78	75
Meting van bloedsuiker onder volwassenen in de afgelopen 3 jaar	77	74
Borstkankeronderzoek onder vrouwen in de afgelopen 2 jaar	43	37
Baarmoederhalskankeronderzoek onder vrouwen in de afgelopen 3 jaar	49	40
Darmkankeronderzoek onder volwassenen in het afgelopen jaar	4	4
Influenzavaccinatie onder volwassenen in het afgelopen griepseizoen	3	2

2.5.2 Belemmering in het verkrijgen van zorg

Bereikbaarheid

In Curaçao is 9% van de bevolking afhankelijk van het openbaar vervoer. Dit zijn met name mensen met lagere inkomens, met een lager opleidingsniveau en de meer hulpbehoevenden zoals gehandicapten, ouderen en kinderen. Van de reizigers gebruikt 29% het openbaar vervoer om naar het ziekenhuis en de dokter te gaan.⁶⁸

In 2017 zegt 71% van de volwassenen dat ze de afdeling spoedeisende hulp in het St. Elisabeth Hospitaal binnen 30 minuten kunnen bereiken met hun gebruikelijke wijze van vervoer, in Arme Wijken is dit vaker het geval: 78%. Verschillen tussen de bewoners van heel Curaçao en bewoners van Arme Wijken zijn klein voor het binnen 30 minuten kunnen bereiken van de dichtstbijzijnde apotheek (98% vs. 97%), de eigen huisarts (91% vs. 89%) en de dichtstbijzijnde ziekenhuis (83% en 80%).

Onbeantwoorde behoeften aan zorg door problemen met afstand en vervoer

Van de Curaçaoënaars die behoefte hadden aan zorg in de 12 maanden voor het interview zegt 3% deze niet tijdig te hebben gekregen door problemen met de afstand en vervoer, in Arme Wijken is dit 4%.

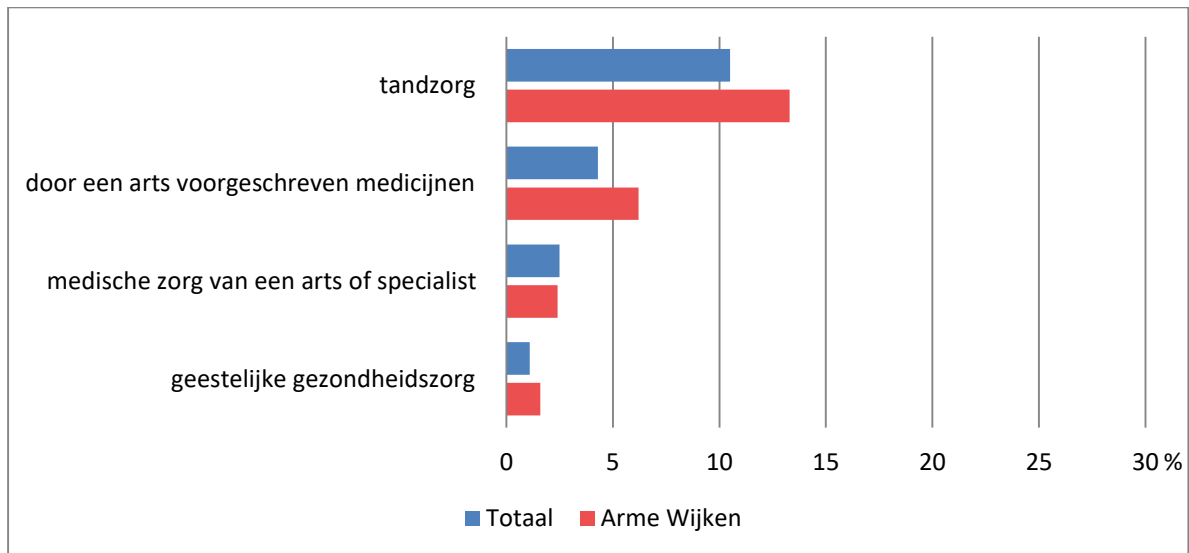
Onbeantwoorde behoeften aan zorg door lange wachttijd

Van de Curaçaoënaars die behoefte hadden aan zorg in de 12 maanden voor het interview, zegt 17% deze niet tijdig te hebben gekregen doordat het te lang duurde om een afspraak te krijgen met een zorgverlener. Dit percentage is hetzelfde onder bewoners van Arme Wijken (17%).

⁶⁸ Pin, R. & Griffith-Lendering, M. (2016), OV Klantenbarometer 2016. De kwaliteit van het openbaar vervoer in Curaçao. Een onderzoek naar de beleving van de reiziger. Geraadpleegd via: <http://fundashonpakonsumido.org/wp-content/uploads/2017/02/RAPPORT-ONDERZOEK-OV-CURAÇAO-2016-FPK-.pdf>

Onbeantwoorde behoeften aan zorg door financiële redenen

Van de Curaçaoënaars die behoefte hadden aan tandzorg in de 12 maanden voor het interview, zegt 11% dat ze dit niet konden betalen. Voor door een arts voorgeschreven medicijnen is dat 4%, voor medische zorg 3% en voor geestelijke gezondheidszorg 1%. Voor tandzorg, voorgeschreven medicijnen en geestelijke gezondheidszorg ervaren bewoners van Arme Wijken iets vaker financiële barrières bij het verkrijgen van zorg dan in heel Curaçao (figuur 2.3).



Figuur 2.3 Onbeantwoorde behoefte aan zorg door financiële redenen, naar zorgsoort





3. Gezondheidsanalyse per gebied

3. Gezondheidsanalyse per gebied

Om zo optimaal gebruik te maken van de gegevens uit de Nationale Gezondheidsenquête delen we in dit hoofdstuk de Arme Wijken op in vier clusters en vergelijken we het gezondheidsprofiel van de bewoners van ieder cluster met de totaalcijfers van bewoners van de Arme Wijken. Het opdelen van de Arme Wijken hebben we gedaan op basis van de geografische ligging van de wijken. Hierdoor verkrijgen we vier clusters die qua omgevingsfactoren vergelijkbare karakteristieken hebben, en voldoende waarnemingen hebben om betrouwbare uitspraken te kunnen doen.

Voor ieder armoedecluster is een gezondheidsprofiel gemaakt waarin de belangrijkste verschillen ten opzichte van alle Arme Wijken tezamen worden gepresenteerd. Ieder gezondheidsprofiel gaat in op de bevolkingskenmerken van de bewoners van het betreffende cluster, de gezondheidssituatie, de leefstijl van de bewoners en op het zorggebruik.

3.1 Selectie vier Armoede Clusters

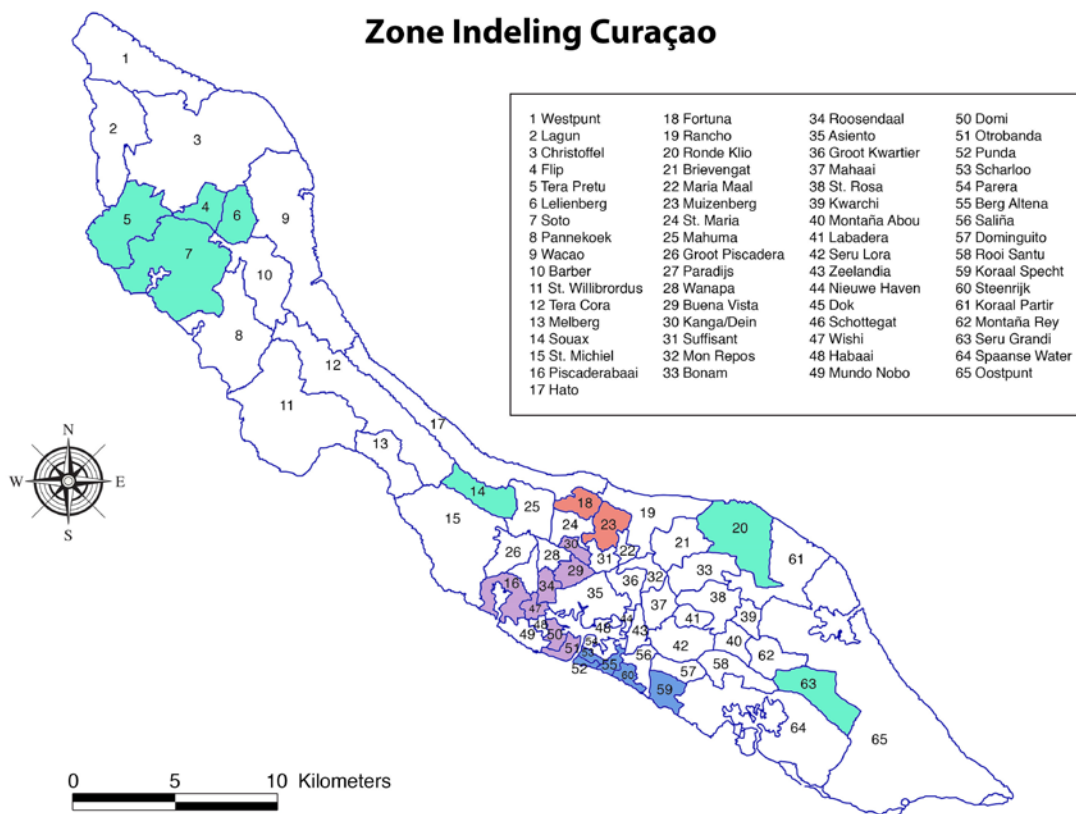
Curaçao kent in totaal 65 gebieden (geozones). Er zijn 21 gebieden waar meer dan 30% van de huishoudens onder de armoedegrens leeft (zie tabel 1, bijlage). Op basis van de geografische ligging zijn deze 21 gebieden ingedeeld in vier clusters, die hierna de Armoede Clusters worden genoemd.⁶⁹

Tabel 3.1 Indeling 21 gebieden waar meer dan 30% van de huishoudens onder de armoedegrens leeft, op basis van geografische ligging

Armoede clusters		Aantal respondenten	
Nummer van de geozone			
Buitengebieden	4	Flip	8
	5	Tera Pretu	2
	6	Lelienberg	7
	7	Soto	29
	20	Ronde Klip	7
	63	Seru Grandi	29
	14	Souax	76
			158
Stad P'ariba di Brug	52	Punda	3
	53	Scharloo	10
	55	Berg Altena	69
	60	Steenrijk	74
	59	Koraal Specht	42
			198
Stad P'abou di Brug	50	Domi	23
	51	Otrobanda	33
	16	Piscadera	24
	47	Wishi	28
	34	Roosendaal	43
	29	Buena Vista	69
	30	Kanga/Dein	38
			258
Volkswijken	23	Muizenberg	53
	18	Fortuna	70
			123

⁶⁹ Deze indeling is geverifieerd met journalist/maatschappelijk werker Favell Maduro, die deze indeling op basis van de karakteristieken van deze wijken gelegitimeerd vond.

Zone Indeling Curaçao



gebieden Buitengebieden
 gebieden Stad P'ariba di Brug
 gebieden Stad P'abou di Brug
 gebieden Volkswijken

Figuur 3.1 Indeling gebieden naar Armoede Clusters o.b.v. geografische ligging

3.2 Cluster: Buitengebieden

3.2.1 Beschrijving

Met de *Buitengebieden* refereren we in dit rapport naar de gebieden Flip, Tera Pretu, Lelienberg, Soto, Ronde Klip, Seru Grandi en Souax. Deze gebieden hebben gemeen dat ze zich buiten de ring (rondweg/Schottegatweg) bevinden. Ze hebben veelal een landelijk karakter en een plantage verleden, met op diverse plekken (voormalige) landbouw en veeteelt activiteiten, hetzij professioneel danwel hobby. Een groot deel van de zones wordt gevormd door mondi (bos) en wildgroei en omvat de dunner bevolkte gebieden van Curaçao.

3.2.2 Sociodemografie

In 2011 telde dit gebied tel naar schatting zo'n 16.000 inwoners.⁷⁰ Dit was 11% van de Curaçaose bevolking. In de Buitengebieden valt op dat de vrouw/man verhouding veel gelijkjer verdeeld is (51% vs. 49%) dan alle Arme Wijken tezamen (59% vs. 41%). Bewoners van de Buitengebieden zijn ook vaker dan bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao geboren (88% vs. 76%), hebben vaker enige moeite om rond te komen (27% vs. 18%), en wonen vaker samen met een partner (35% vs. 30%).

In de Buitengebieden wonen minder mensen in de leeftijdscategorie van 25-44 jaar dan in de Arme Wijken tezamen (27% vs. 32%). Het opleidingsniveau in de Buitengebieden is enigszins vergelijkbaar met de Arme Wijken (Laag opleidingsniveau: 20% van de bewoners van de Buitengebieden vs. 24% van de bewoners van alle Arme

⁷⁰ CBS. Census 2011. Table G1. Population by geozone, age and sex. Geraadpleegd via: www.cbs.cw.

Wijken), net als de arbeidssituatie (Betaald werk: 52% van de bewoners van de Buitengebieden vs. 54% van de bewoners van alle Arme Wijken).

3.2.3 Gezondheid

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- ervaren de bewoners van de Buitengebieden hun gezondheid vaker als (heel) goed (82% vs. 75%), en minder vaak als matig (8% vs. 19%)
- lijden bewoners van de Buitengebieden minder vaak aan één of meer chronische ziekten (38% vs. 45%)
- rapporteren bewoners van de Buitengebieden minder vaak hoge bloeddruk (14% vs. 20%), nierproblemen (0.4% vs. 1.5%) en allergie (12% vs. 17%)
- rapporteren bewoners van de Buitengebieden vaker blijvend letsel te hebben door de gevolgen van een ongeval (6% vs. 4%)
- hebben bewoners van de Buitengebieden minder vaak een ongeval gehad in hun vrije tijd (0.0% vs. 1.8%)

3.2.4 Leefstijl

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- doen bewoners van de Buitengebieden minder vaak aan krachttraining (8% vs. 15%)
- voldoen bewoners van de Buitengebieden vaker aan de groentenorm (17% vs. 12%)
- drinken bewoners van de Buitengebieden minder vaak dagelijks frisdrank (24% vs. 29%)
- eten bewoners van de Buitengebieden minder vaak wekelijks fastfood (33% vs. 38%)
- roken bewoners van de Buitengebieden minder vaak mee binnenshuis (8% vs. 19%)
- rapporteren bewoners van de Buitengebieden minder vaak hard drugs te hebben gebruikt in de 12 maanden voor het interview (0.0% vs. 0.4%)



3.2.5 Sociale omgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- geven bewoners van de Buitengebieden minder vaak aan dat het (heel) moeilijk is om praktische hulp te krijgen van hun burens als zij dat nodig hebben (11% vs. 20%)

3.2.6 Woon- en leefomgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Buitengebieden in hun woonomgeving:

- vaker overlast van muggen (96% vs. 92%)
- vaker overlast van knaagdieren (49% vs. 37%)
- minder vaak geluidsoverlast (10% vs. 26%)
- minder vaak overlast van stank (2% vs. 26%) en luchtvervuiling (fijnstof, roet, rook) (1% vs. 22%) van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen
- minder vaak overlast van criminaliteit (inbraken) (8% vs. 15%)

3.2.7 Gebruik zorgvoorzieningen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- geven bewoners van de Buitengebieden minder vaak mantelzorg (9% vs. 16%)
- hebben bewoners van de Buitengebieden minder vaak een consult gehad met een huisarts (70% vs. 77%)
- zijn bewoners van de Buitengebieden minder vaak door de huisarts tijdens laatste consult doorverwezen naar andere zorgaanbieder (85% vs. 90%), zoals de apotheek (67% vs. 76%)
- hebben bewoners van de Buitengebieden in de 12 maanden voor het interview minder vaak een consult met een medisch specialist gehad (26% vs. 31%)
- gebruiken bewoners van de Buitengebieden vaker geneesmiddelen, vitamines en kruiden die niet door een arts zijn voorgeschreven (53% vs. 47%)

3.2.8 Deelname preventieve maatregelen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Buitengebieden:

- zich minder vaak laten testen op hoge bloeddruk (86% vs. 91%), cholesterol (66% vs. 75%) en bloedsuiker (67% vs. 74%)
- vaker deelgenomen aan darmkankeronderzoek (10% vs. 4%) en vaker een influenzavaccinatie ontvangen (5% vs. 2%)

3.2.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Buitengebieden:

- een minder snelle bereikbaarheid (binnen 30 minuten) van dichtstbijzijnde ziekenhuis (55% vs. 80%) en spoedeisende hulp in het St. Elizabeth Hospitaal (47% vs. 78%) met hun gebruikelijke wijze van vervoer

3.3 Cluster: Stad P'ariba di Brug

3.3.1 Beschrijving

Met de *Stad P'ariba di Brug* refereren we in dit rapport naar de gebieden Punda, Scharloo, Berg Altena, Steenrijk en Koraal Specht. Deze gebieden bevinden zich aan de kuststrook aan de oostzijde van de brug, vanaf de monumentale binnenstad aan de Punda kant tot aan Koraalspecht. Deze zones hebben een relatief dichtere bebouwing en op verschillende plekken bevinden woonwijken/particuliere woningen zich naast prominente toeristische attractiegebieden. Een deel van dit gebied omvatte ooit statige wijken, die veranderden in achterbuurten met veel vervallen huizen, maar in de laatste twee decenia zijn gerestaureerd en in plaats van woonhuis nu vooral zijn ingericht als kantoorpand, bedrijfs- of overheidsgebouw.

3.3.2 Sociodemografie

In 2011 telde dit gebied naar schatting zo'n 10.200 inwoners.⁷¹ Dit was 7% van de Curaçaose bevolking. In de Stad P'ariba di Brug wonen in vergelijking met alle Arme Wijken iets meer mensen in de leeftijd van 65 of ouder (23% vs. 19%) en iets meer weduwen/naren (10% vs. 6%) maar ook minder ongehuwden (nooit getrouwd) (42% vs. 49%). Er wonen meer mensen die geboren zijn in de overige Caribische eilanden van het koninkrijk (7% vs. 3%). Het opleidingsniveau in de Stad P'ariba di Brug is vergelijkbaar met de Arme Wijken in het algemeen. Mensen zijn er vaker werkloos/werkzoekend (14% vs. 9% van alle Arme Wijken) en vaker met (vervroegd) pensioen (14% vs. 9%).

3.3.3 Gezondheid

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- rapporteren bewoners van P'ariba di Brug vaker (de symptomen van) dengue, chikungunya en/of zika (32% vs. 22%) te hebben gehad in de 12 maanden voor het interview
- rapporteren bewoners van P'ariba di Brug minder vaak gewrichtsslijtage (artrose) (2% vs. 5%), een longziekte (bijv. chronische bronchitis, COPD en emfyseem) (0.7% vs. 2%), cataract (3% vs. 6%) en blijvend letsel als gevolg van een ongeval (1% vs. 4%)
- bewoners van P'ariba di Brug hebben in de 12 maanden voor het interview minder vaak een ongeval gehad op het werk (1% vs. 3%)

3.3.4 Leefstijl

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- doen bewoners van P'ariba di Brug minder vaak aan sport (15% vs. 20%)
- roken bewoners van P'ariba di Brug vaker (20% vs. 15%)
- gebruiken vaker softdrugs (5% vs. 3%) en harddrugs (2% vs. 0.4%), ten opzichte van alle bewoners van Curaçao gebruiken ze meer dan twee keer zo vaak softdrugs (5% vs. 2%)

3.3.5 Sociale omgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- hebben bewoners van P'ariba di Brug vaker met niemand zo'n goede band dat zij op hem/haar kan rekenen wanneer zij ernstige persoonlijke problemen hebben (15% vs. 9%)

3.3.6 Woon- en leefomgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Stad P'ariba di Brug in hun woonomgeving:

- minder vaak overlast van knaagdieren (30% vs. 37%)
- minder vaak overlast van stank (5% vs. 26%) en luchtvervuiling (fijnstof, roet, rook) (3% vs. 22%) van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen

3.3.7 Gebruik zorgvoorzieningen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- geven bewoners van de Stad P'ariba di Brug vaker mantelzorg (21% vs. 16%)

⁷¹ CBS. Census 2011. Table G1. Population by geozone, age and sex. Geraadpleegd via: www.cbs.cw.

- zijn bewoners van de Stad P'ariba di Brug tijdens het laatste consult met een huisarts vaker door de huisarts doorgestuurd naar de apotheek (86% vs. 76%) en/of een medisch laboratorium (44% vs. 38%)

3.3.8 Deelname preventieve maatregelen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Stad P'ariba di Brug:

- zich vaker laten testen op bloedsuiker (78% vs. 74%)
- vaker deelgenomen aan baarmoederhalskankeronderzoek (48% vs. 40%)

3.3.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Stad P'ariba di Brug:

- een betere bereikbaarheid (binnen 30 minuten) van dichtstbijzijnde ziekenhuis (90% vs. 80%) en spoedeisende hulp in het St. Elizabeth Hospitaal (90% vs. 78%) met de gebruikelijke wijze van vervoer

3.4 Cluster: Stad P'abou di Brug

3.4.1 Beschrijving

Met de *Stad P'abou di Brug* refereren we in dit rapport naar de gebieden Domi, Otrobanda, Piscadera, Wishi, Roosendaal, Buena Vista en Kanga/Dein. Deze gebieden bevinden zich aan de westzijde van de brug, vanaf de monumentale binnenstad aan de Otrobanda kant en strekken zich noordelijk uit rondom het industriegebied Schottegat. Kenmerkend voor de gebieden gelegen rondom de olieraffinaderij was de wijkontwikkeling in de jaren na de vestiging van de Shell (1930-1950): in deze wijken verstigden werknemers van dit bedrijf met een migratie afkomst.

3.4.2 Sociodemografie

In 2011 telde dit gebied naar schatting zo'n 13.600 inwoners.⁷² Dit was 9% van de Curaçaose bevolking. In de Stad P'abou di Brug valt op er wat meer mensen in de leeftijdscategorie van 25-44 jaar wonen (37% vs. 32% van alle Arme Wijken) en wat vaker een laag opleidingsniveau hebben (28% vs. 24% van alle Arme Wijken). Bewoners hebben minder vaak Curaçao als geboorteland (69% vs. 76% van alle Arme Wijken).

3.4.3 Gezondheid

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- rapporteren bewoners van de Stad P'abou di Brug vaker astma (9% vs. 6%)
- en allergie (22% vs. 17%) in de 12 maanden voor het interview
- rapporteren minder vaak (de symptomen van) dengue, chikungunya en/of zika (16% vs. 22%) gehad te hebben in de 12 maanden voor het interview

3.4.4 Leefstijl

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- doen bewoners van de Stad P'abou di Brug vaker aan krachttraining (20% vs. 15%)

⁷² CBS. Census 2011. Table G1. Population by geozone, age and sex. Geraadpleegd via: www.cbs.cw.

3.4.5 Sociale omgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- geven bewoners van de Stad P'abou di Brug vaker aan dat het (heel) moeilijk is om praktische hulp te krijgen van hun burens als zij dat nodig hebben (24% vs. 20%)

3.4.6 Woon- en leefomgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Stad P'abou di Brug in hun woonomgeving:

- veel vaker overlast van stank (62% vs. 26%) en luchtvervuiling (fijnstof, roet, rook) (53% vs. 22%) van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen
- vaker overlast van vuil en afval (41% vs. 33%)
- vaker overlast van criminaliteit (22% vs. 15%)

3.4.7 Gebruik zorgvoorzieningen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- hebben bewoners van de Stad P'abou di Brug in de 12 maanden voor het interview vaker een consult gehad met een huisarts (82% vs. 77%) en vaker met een tandarts en/of orthodontist (49% vs. 43%)
- gebruiken bewoners van de Stad P'abou di Brug minder vaak geneesmiddelen die door een arts zijn voorgeschreven (43% vs. 49%)

3.4.8 Deelname preventieve maatregelen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Stad P'abou di Brug:

- minder vaak deelgenomen aan borstkankeronderzoek (vrouwen) in de twee jaar voor het interview (32% vs. 37%)
- minder vaak deelgenomen aan darmkankeronderzoek in het jaar voor het interview (2% vs. 4%)

3.4.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Stad P'abou di Brug:

- een betere bereikbaarheid (binnen 30 minuten) van dichtstbijzijnde ziekenhuis (89% vs. 80%) en spoedeisende hulp in het St. Elizabeth Hospitaal (90% vs. 78%) met de gebruikelijke wijze van vervoer
- minder vaak problemen met het niet tijdig verkrijgen van zorg door problemen met de afstand en vervoer (2% vs. 4%)

3.5 Cluster: Volkswijken

3.5.1 Beschrijving

Met de Volkswijken refereren we in dit rapport naar de gebieden Muizenberg en Fortuna. Deze twee gebieden liggen noordelijk van Willemstad, buiten de ring. De gebieden bestaan voor een (klein) gedeelte uit volkswoningen die gebouwd zijn door de Fundashon Kas Popular (FKP).

3.5.2 Sociodemografie

In 2011 telde dit gebied naar schatting 5.937 inwoners.⁷³ Dit was 4% van de Curaçaose bevolking. In de Volkswijken is de verhouding tussen vrouwen en mannen het meest scheef verdeeld, met relatief veel vrouwen en weinig mannen (66% vs. 34%, in alle Arme Wijken is dit 59% vs. 41%). De leeftijdsverdeling wijkt enigszins af van de totaalcijfers: in de Volkswijken wonen wat meer mensen in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar (41% vs. 37% in alle Arme Wijken) en wat minder mensen in de leeftijd van 65 jaar of ouder (15% vs 19% van alle Arme Wijken). Bewoners van de Volkswijken zijn vaker in Curaçao geboren (83% vs. 76% van alle Arme Wijken), vaker ongehuwd (57% vs. 49% van alle Arme Wijken) en zijn minder vaak samenwonend (4% vs. 7% van alle Arme Wijken). Mensen in de Volkswijken hebben vaker betaald werk (60% vs. 54% van alle Arme Wijken), zijn minder vaak met pensioen (18% vs. 25% van alle Arme Wijken) en studeren vaker (10% vs. 6%). Ze geven minder vaak aan geen enkele moeite te hebben om rond te komen (35% vs. 46% van alle Arme Wijken). Bewoners wonen er vaker samen met ouders (36% vs. 25% van alle Arme Wijken) en met kinderen onder de 18 jaar (29% vs. 24% van alle Arme Wijken).

3.5.3 Gezondheid

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- rapporteren bewoners van de Volkswijken vaker één of meer chronische ziekten (52% vs. 46%)
- rapporteren bewoners van de Volkswijken minder vaak een coronaire hartaandoening of angina pectoris (1% vs. 3%)
- rapporteren bewoners van de Volkswijken vaker rugproblemen (27% vs. 17%), gewrichtsslijtage (9% vs. 5%),
- een longziekte (4% vs. 2%),
- nierproblemen (3% vs. 2%)
- rapporteren bewoners van de Volkswijken vaker blijvend letsel ten gevolge van een ongeval (7% vs. 4%)
- rapporteren bewoners van de Volkswijken in de 12 maanden voor het interview vaker een ongeval gehad te hebben (17% vs. 11%). Dit was vaker in- en om het huis (6% vs. 3%) en vaker op het werk (5% vs. 3%)
- hebben bewoners van de Volkswijken vaker een lichamelijke beperking in zien, horen en/of mobiliteit (16% vs. 11%), specifiek in mobiliteit (14% vs. 10) en zien (4% vs. 2%)
- hebben bewoners van de Volkswijken vaker last van vreselijke of ondraaglijke lichamelijke pijn (17% vs. 11%) en zeggen ook vaker door de pijn gehinderd te zijn geweest in het uitvoeren van hun normale werkzaamheden (13% vs. 8%)

3.5.4 Leefstijl

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- hebben bewoners van de Volkswijken vaker obesitas (37% vs. 32%)
- doen bewoners van de Volkswijken vaker aan



⁷³ CBS. Census 2011. Table G1. Population by geozone, age and sex. Geraadpleegd via: www.cbs.cw.

- sport (26% vs. 20%)
- voldoen bewoners van de Volkswijken minder vaak aan de groentenorm (6% vs. 12%)
- roken bewoners van de Volkswijken vaker mee binnenshuis terwijl ze zelf niet roken (39% vs. 19%)

3.5.5 Sociale omgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- geven bewoners van de Volkswijken minder vaak aan met niemand zo'n goede band te hebben dat zij op hem/haar kan rekenen wanneer zij ernstige persoonlijke problemen hebben (5% vs. 9%)

3.5.6 Woon- en leefomgeving

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Volkswijken in hun woonomgeving:

- vaker overlast van geluid (38% vs. 26%)
- minder vaak overlast van knaagdieren (24% vs. 37%)
- minder vaak overlast van vuil en afval (26% vs. 33%)
- minder vaak overlast van stank (15% vs. 26%) en luchtvervuiling (15% vs. 22%) (fijnstof, roet, rook) van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen

3.5.7 Gebruik zorgvoorzieningen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao:

- hebben bewoners van de Volkswijken minder vaak een tandarts bezocht (34% vs. 43%)
- hebben bewoners van de Volkswijken vaker een fysiotherapeut bezocht (23% vs. 12%)
- hebben bewoners van de Volkswijken vaker een consult gehad met een medisch specialist (39% vs. 31%)
- gebruiken bewoners van de Volkswijken vaker geneesmiddelen die door een arts zijn voorgeschreven (62% vs. 49%)
- gebruiken bewoners van de Volkswijken minder vaak geneesmiddelen, vitamines en kruiden die niet door een arts zijn voorgeschreven (38% vs. 47%)

3.5.8 Deelname preventieve maatregelen

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao tezamen wijken de bewoners van de Volkswijken op geen van de gemeten preventieve zorgmaatregelen veel af wat betreft hun deelname aan deze testen en onderzoeken.

3.5.9 Belemmeringen in het verkrijgen van zorg

Ten opzichte van de bewoners van alle Arme Wijken in Curaçao hebben bewoners van de Volkswijken:

- een minder goede bereikbaarheid van de eigen huisarts (84% vs. 89%), het dichtstbijzijnde ziekenhuis (75% vs. 80%) en de afdeling spoedeisende hulp in het St. Elisabeth Hospitaal (73% vs. 80%) binnen 30 minuten met hun gebruikelijke wijze van vervoer
- vaker financiële barrières ervaren voor het verkrijgen van tandzorg (22% vs. 13%) en medische zorg van een arts of specialist (5% vs. 2%)



4. Conclusie



4. Conclusie

In hoofdstuk 2 zagen we dat bepaalde aspecten van de gezondheid, de leefstijl en het zorggebruik voor bewoners van de Arme Wijken minder gunstig is dan voor alle bewoners van Curaçao. In vergelijking met de totaalcijfers voor Curaçao kenmerken de bewoners van de Arme Wijken zich door een nog schevere verdeling van meer vrouwen dan mannen, een lager opleidingsniveau, minder vaak betaald werk en vaker permanent arbeidsongeschikt zijn, maar ook met minder vaak een uitkering ontvangen. Ze hebben meer moeite om rond te komen van het huishoudinkomen en vormen vaker een eenoudergezin dan alle bewoners in Curaçao tezamen.

Wanneer we meer in detail naar de verschillende Armoede Clusters kijken in hoofdstuk 3 blijken er afwisselende patronen te bestaan. Ten opzichte van alle Arme Wijken tezamen zijn er per Armoede Cluster specifieke aspecten van de gezondheid, de leefstijl en en het zorggebruik die (sterk) verschillen. Kortom, niet alle arme gebieden zijn hetzelfde.

In hoofdstuk 1 zagen we dat er veel verschillende factoren van invloed zijn op gezondheidsverschillen tussen arme en rijke wijken, en ook tussen mensen met een laag en een hoog inkomen. Voor een aantal van deze factoren is informatie beschikbaar uit de NGE 2017. Beleidsmaatregelen kunnen deze factoren beïnvloeden en daarmee inspelen op het verbeteren van de gezondheidsachterstanden van de bewoners in de Arme Wijken door middel van een wijkgerichte aanpak. In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de vier Armoede Clusters naast elkaar per factor, zodat voor beleidsmakers beter inzichtelijk wordt welke gebieden relatief gunstig scoren, en in welke gebieden meer aandacht gewenst is.

Leefomgeving

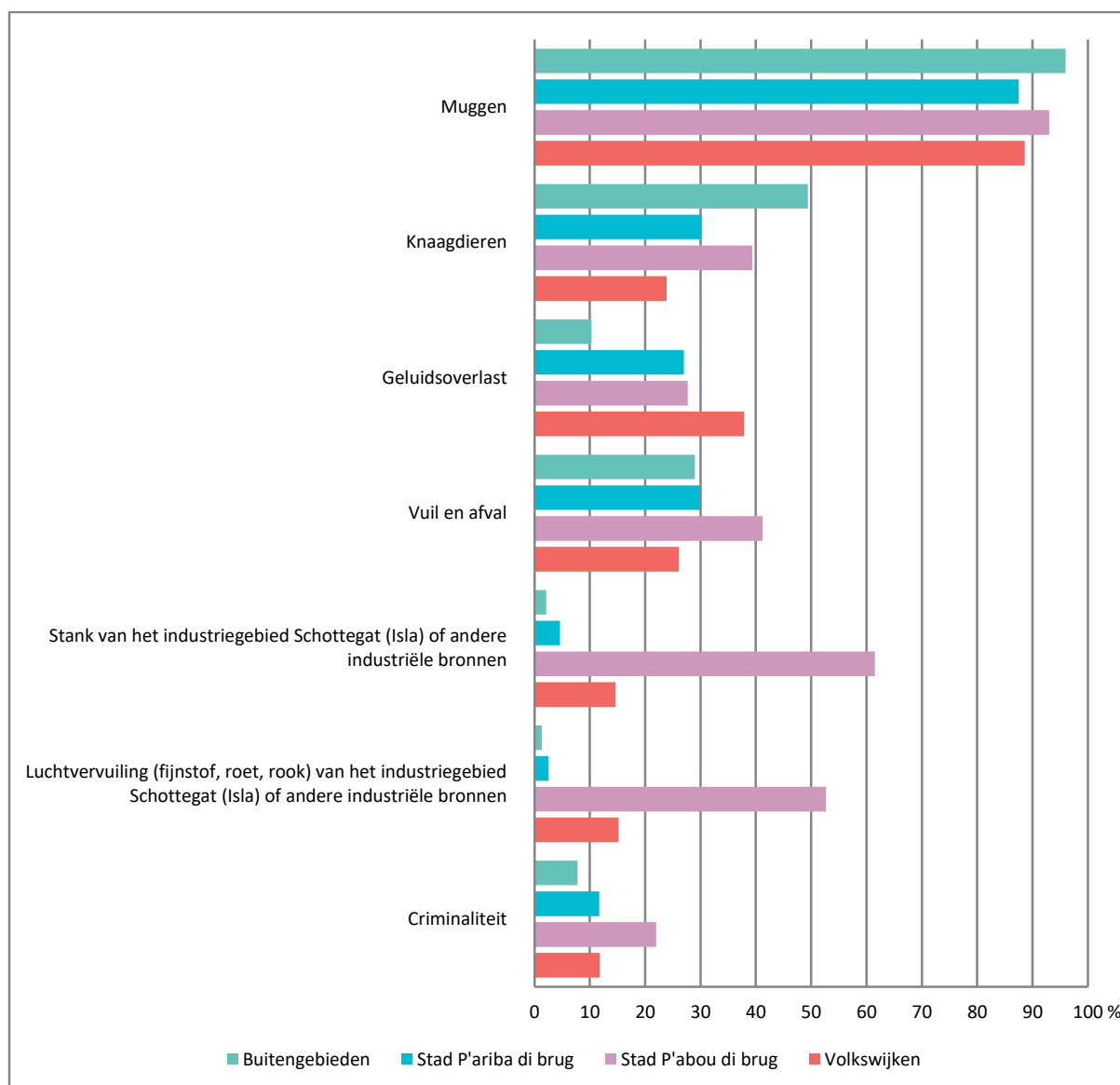
In de Arme Wijken blijft de kwaliteit van de leefomgeving flink achter op die van alle wijken in Curaçao tezamen. De overlast in de woonomgeving verschilt sterk per Armoede Cluster (figuur 4.1). In de Buitenwijken hebben bewoners het vaakst last van muggen (96%) en knaagdieren (49%). In de Stad P'abou di Brug hebben bewoners vaker overlast van vuil en afval (41%). Geluidsoverlast wordt vaker gerapporteerd door bewoners van de Volkswijken (38%), in de de Buitenwijken is dit veel minder (10%). In de Stad P'abou di Brug heeft men meer overlast van criminaliteit zoals inbraak (22%), terwijl dit in de Buitengebieden minder is (8%).

Voor overlast van stank en luchtvervuiling (fijnstof, roet, rook) van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen zijn tussen de Armoede Clusters grote verschillen te zien. De resultaten zijn zoals mag worden verwacht op basis van de windrichting en de ligging van de gebieden ten opzichte van het grootste industriegebied, Schottegat. In de Buitengebieden is de overlast minimaal en wordt overlast van stank gemeld door 2% en luchtvervuiling door 1% van de bewoners. In de Stad P'abou di Brug vormt dit een grote bron van overlast in de woonomgeving: 62% van de bewoners zegt overlast te hebben van stank en 53% van luchtvervuiling (fijnstof, roet, rook) van het industriegebied Schottegat (Isla) of andere industriële bronnen.

De WHO classificeert luchtverontreiniging als een groot risico in de leefomgeving voor de gezondheid.⁷⁴ In mei 2018 waarschuwde de WHO dat negen op de tien mensen wordt blootgesteld aan te hoge concentraties van gevaarlijke stoffen in de lucht en dat naar schatting jaarlijks 7 miljoen mensen wereldwijd sterven door luchtverontreiniging: blootstelling aan fijne deeltjes in vervuilde lucht die diep in de longen en het cardiovasculaire systeem doordringen en ziekten veroorzaken zoals beroertes, hartaandoeningen, longkanker

⁷⁴ WHO (2018) Ambient (outdoor) air quality and health - Key Facts. Geraadpleegd via: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)

en zowel chronische als acute luchtwegaandoeningen, waaronder astma.⁷⁵ We zien dat bewoners van de Stad P'abou di Brug vaker astma en allergieën rapporteren bewoners van alle Arme Wijken tezamen.

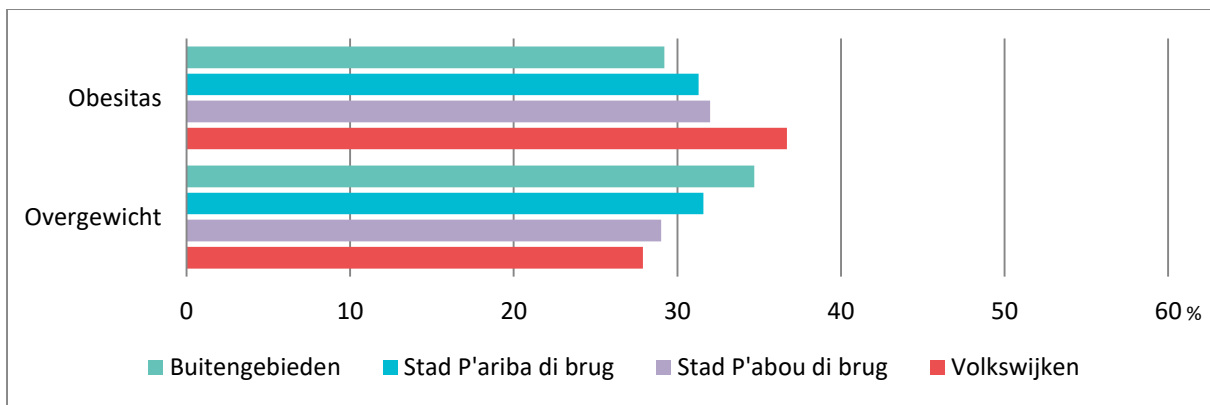


Figuur 4.1 Percentage volwassenen naar de vorm van overlast waaraan men in de thuisomgeving aan blootgesteld is geweest in de 12 maanden voor het interview, naar Armoede Cluster

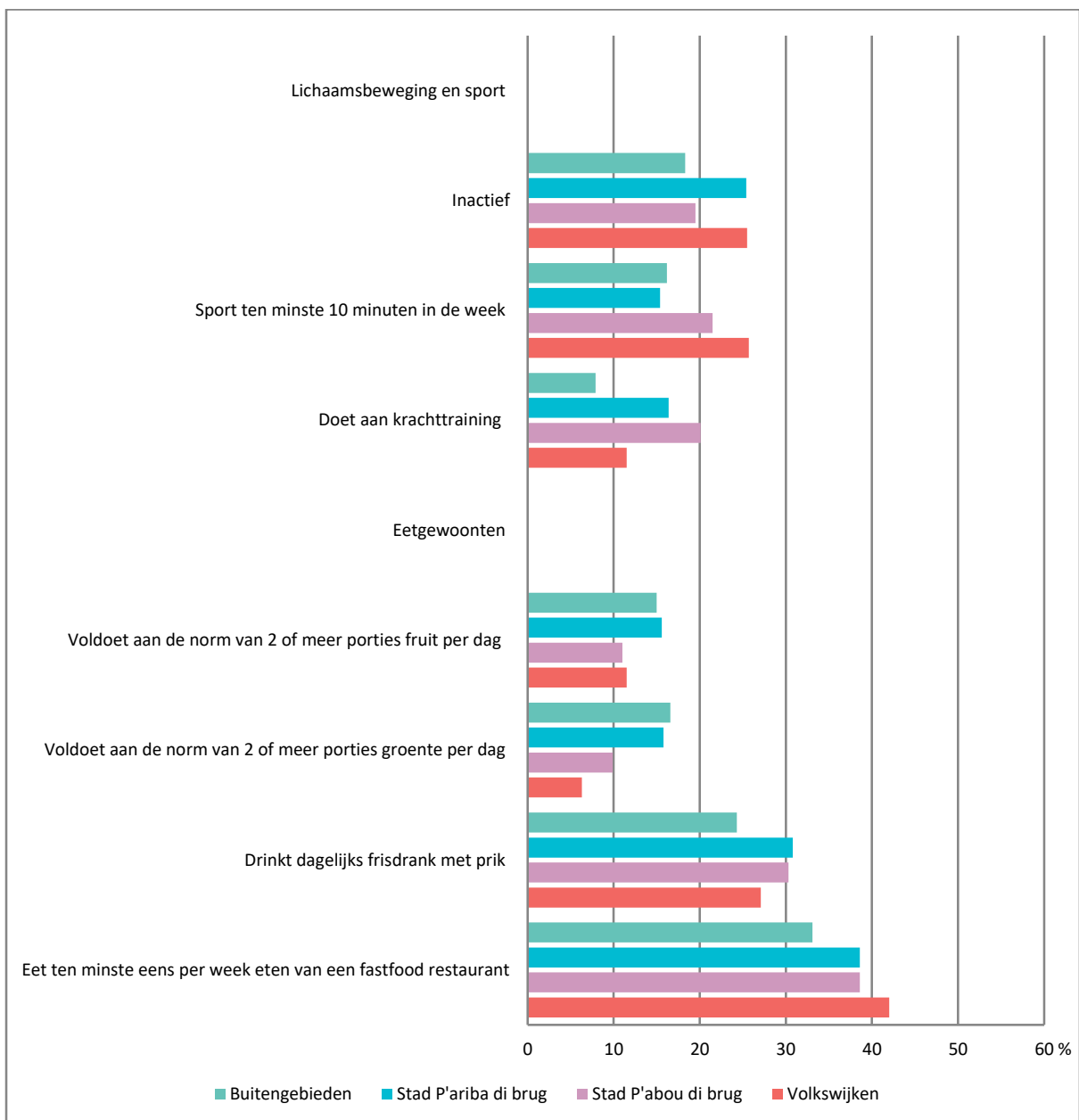
Leefstijl: Overgewicht, eten en bewegen

Onder de bewoners van de Arme Wijken komt obesitas (ernstig overgewicht) vaker voor dan in alle wijken in Curaçao tezamen (32% vs. 29%). Dit percentage is vooral hoog onder bewoners van de Volkswijken (37%). Onder bewoners van de Volkswijken komen ongezonde eetgewoonten ook vaker voor dan in de andere drie Armoede Clusters: zo voldoen ze het minst vaak aan de fruit- en groentenorm en hebben in de 7 dagen voor het interview het vaakst in een fastfood restaurant gegeten. Bewoners van de Volkswijken zijn ook het vaakst lichamelijk inactief geweest in de 7 dagen voor het interview, al zegt wel een hoger percentage dan in de andere drie Armoede Clusters ten minste 10 minuten per week aan sport te doen.

⁷⁵ WHO (2018) 9 out of 10 people worldwide breathe polluted air, but more countries are taking action. Geraadpleegd via: <http://www.who.int/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>



Figuur 4.2 Percentage volwassenen met obesitas en overgewicht, naar Armoede Cluster

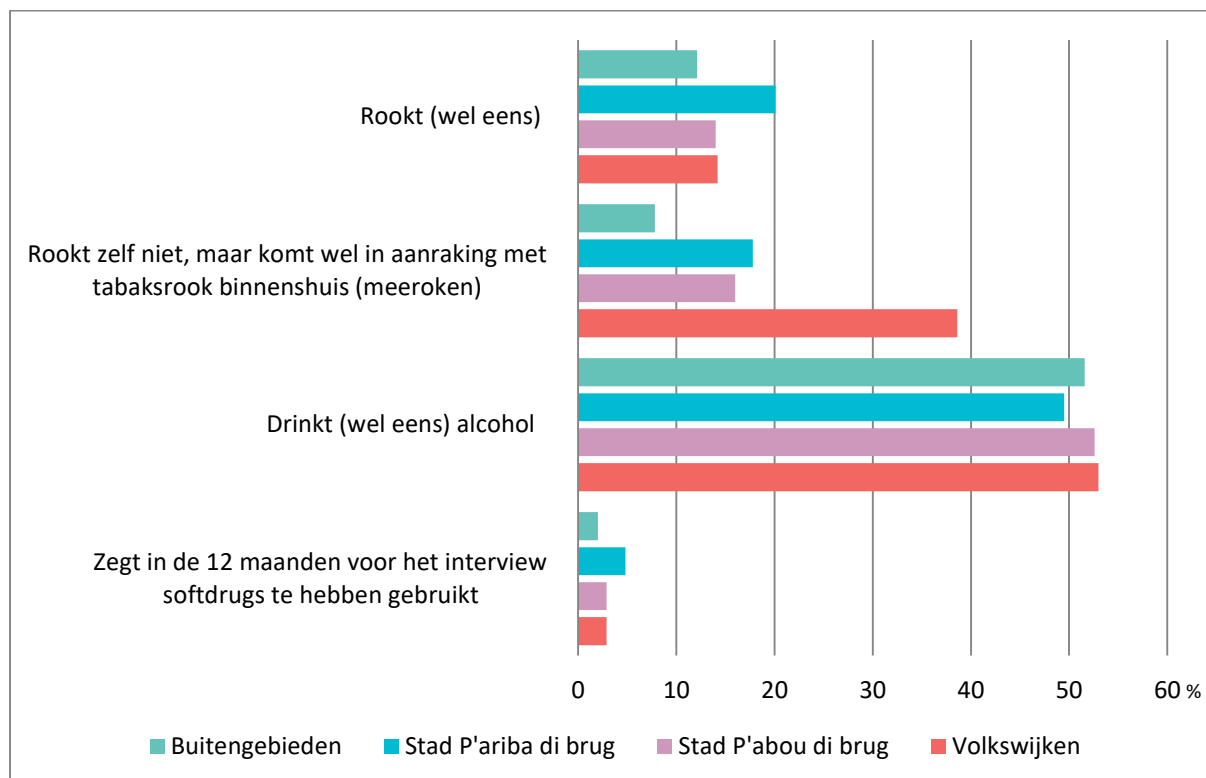


Figuur 4.3 Percentage volwassenen naar eet- en beweggewoonten, naar Armoede Cluster

Leefstijl: Stimulerende middelen

Onder bewoners van de Arme Wijken komt tabaksgebruik wat vaker voor dan in alle wijken in Curaçao tezamen (15% vs. 13%). Bewoners van Arme Wijken drinken minder vaak (wel eens) alcohol, maar het percentage problematische alcoholgebruikers (overmatige en zware drinkers) is wel gelijk. Voor (zelfrapportage van) soft- en harddrugsgebruik worden geen verschillen gevonden tussen bewoners van de Arme Wijken en de totaalcijfers van Curaçao.

Wanneer we de vier Armoede Clusters onderling vergelijken, zien we dat roken en softdrugs gebruik het vaakst worden gerapporteerd onder bewoners in de Stad P'ariba di Brug. Bewoners van de Volkswijken geven veel vaker aan mee te roken, ofwel zelf niet te roken, maar wel in aanraking te komen met tabaksrook binnenshuis. Voor alcoholgebruik zijn de verschillen tussen de Armoede Clusters klein.

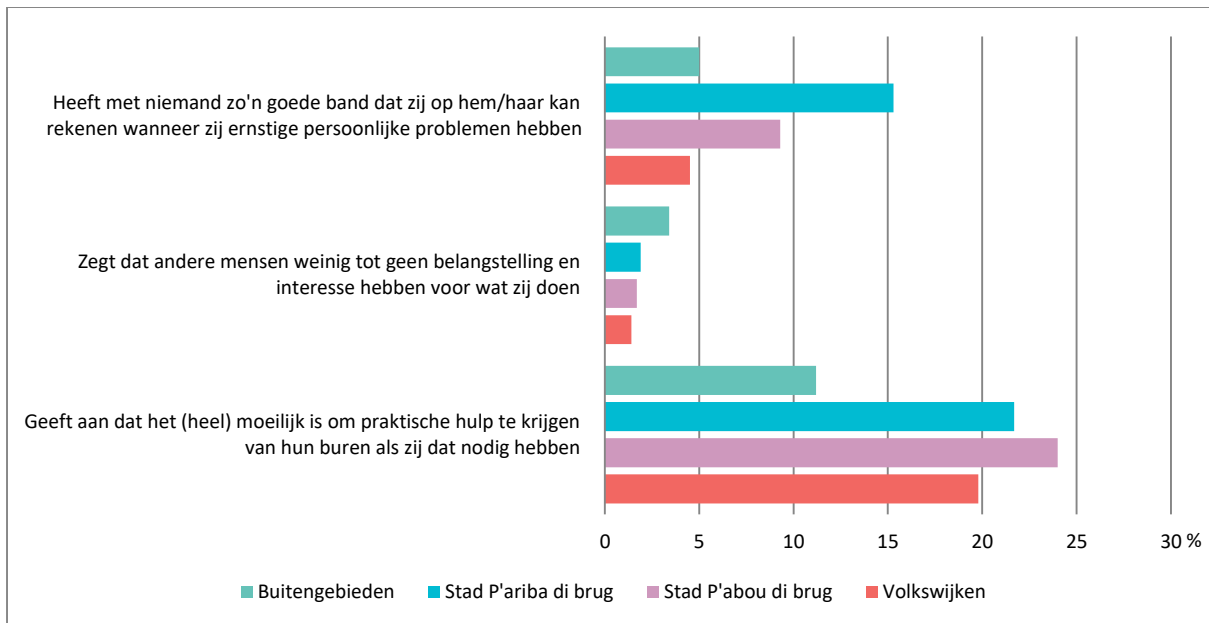


Figuur 4.4 Percentage volwassenen naar middelengebruik, naar Armoede Cluster

Psychosociale factoren: Sociale steun

Een van de psychosociale factoren die kunnen leiden tot selectie is de sociale steun die iemand in zijn omgeving kan vinden. Specifiek in de Stad P'ariba di Brug (15%) geeft men aan met niemand zo'n goede band te hebben dat zij op hem/haar kan rekenen wanneer zij ernstige persoonlijke problemen hebben.

Vooral in de Stad P'abou de brug geven bewoners dat het (heel) moeilijk is om praktische hulp te krijgen van hun burens als zij dat nodig hebben (24%), in de Buitenwijken vinden bewoners dit minder vaak moeilijk (11%).

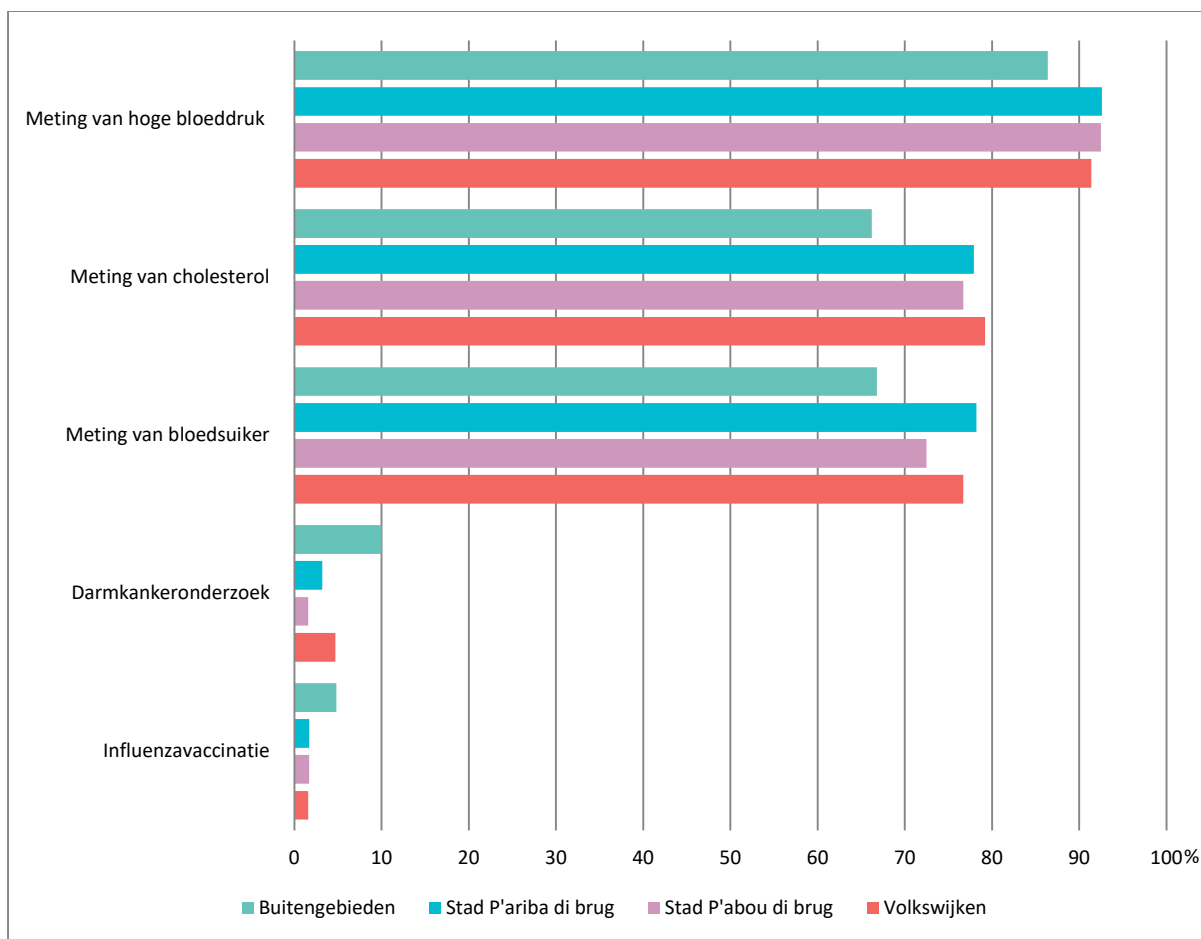


Figuur 4.5 Percentage volwassenen naar sociale steun, naar Armoede Cluster

Preventieve zorg

Deelname aan preventieve maatregelen onder aanbevolen doelgroepen is van belang zodat aandoeningen of complicaties tijdig opgespoord en behandeld kunnen worden. Om gezondheidsachterstanden van mensen met weinig inkomen te verkleinen is het belangrijk dat de preventieve zorgmaatregelen ook de bewoners van de Arme Wijken bereiken.

Bewoners van de Arme Wijken hebben minder vaak laten testen op verhoogd cholesterol (75% vs. 78%) en bloedsuiker (74% vs. 77%) dan in alle wijken in Curaçao tezamen. Ook hebben vrouwen in Arme Wijken minder vaak deelgenomen aan onderzoeken naar borstkanker (37% vs. 43%) en baarmoederhalskanker (40% vs. 49%). Als we de vier Armoede Clusters onderling vergelijken zien we dat vooral de bewoners van de Buitenwijken zich minder vaak hebben laten testen op hoge bloeddruk (86%), cholesterol (66%) en bloedsuiker (67%). Darmkankeronderzoek vindt hier vaker plaats (10%), net als de griepvrij (5%).

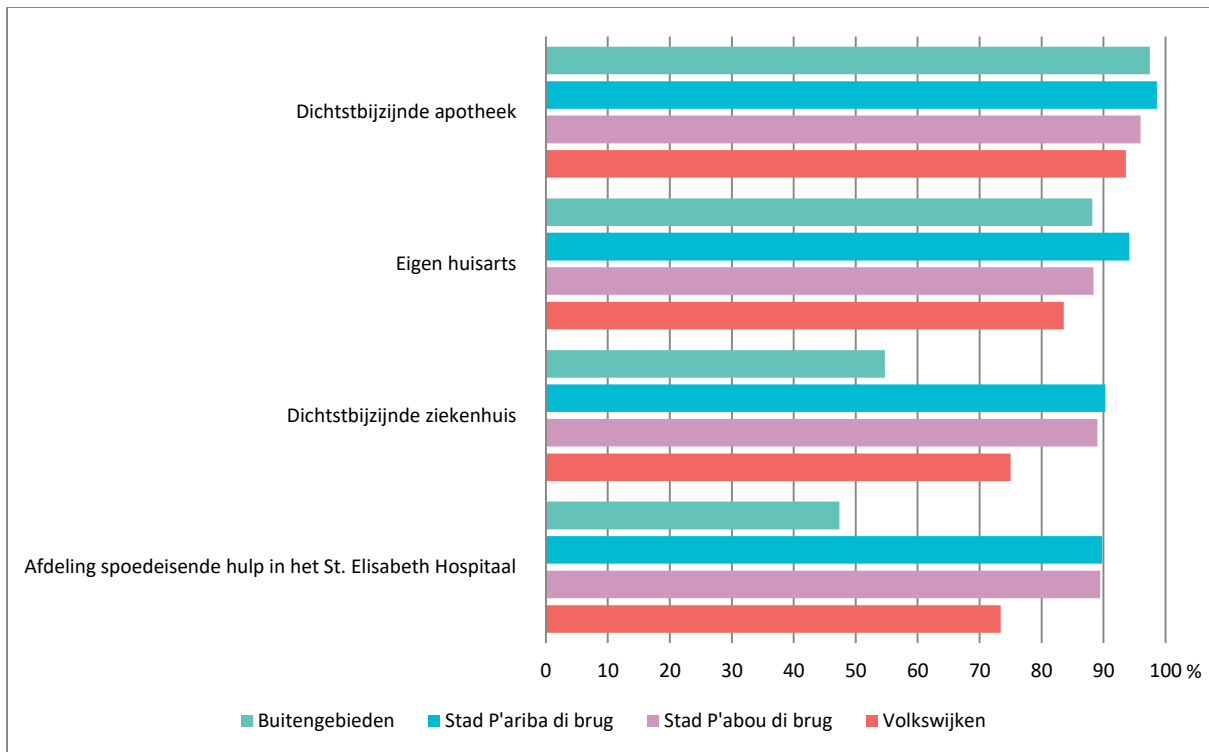


Figuur 4.6 Percentage dat deel heeft genomen aan preventieve zorgmaatregelen, naar Armoede Cluster. Noot: ontbrekende categorieën (borst- en baarmoederhalskanker onderzoek) betreffen groepen van minder dan 100 respondenten. Deze percentages zijn niet betrouwbaar en worden daarom niet gepubliceerd. Noot: Meting van hoge bloeddruk onder volwassenen in de afgelopen 5 jaar; Meting van cholesterol onder volwassenen in de afgelopen 3 jaar; Meting van bloedsuiker onder volwassenen in de afgelopen 3 jaar; Darmkankeronderzoek onder volwassenen in het afgelopen jaar; Influenzavaccinatie onder volwassenen in het afgelopen griepseizoen.

Toegang tot zorg: Bereikbaarheid

Bewoners van de Arme Wijken kunnen de afdeling spoedeisende hulp in het St. Elisabeth Hospitaal vaker binnen 30 minuten kunnen bereiken met hun gebruikelijke wijze van vervoer dan in alle wijken in Curaçao tezamen (78% vs. 71%). Dit komt waarschijnlijk doordat veel Arme Wijken in en om het stadscentrum van Curaçao zijn gevestigd. De verschillen voor de bereikbaarheid van de dichtstbijzijnde apotheek (98% vs. 97%), de eigen huisarts (91% vs. 89%) en de het dichtstbijzijnde ziekenhuis (83% en 80%) waren klein.

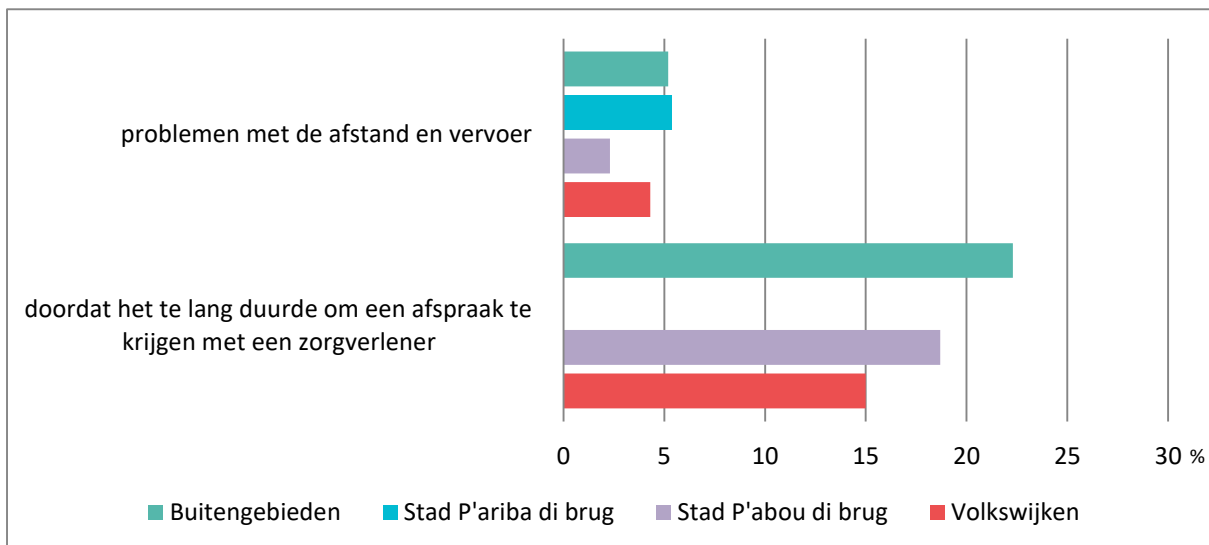
Wanneer we de vier Armoede Clusters onderling vergelijken, zien we dat de bereikbaarheid van de dichtstbijzijnde apotheek en de huisarts vooral de Volkswijken minder vaak goed is. Voor bewoners van de Buitengebieden is de bereikbaarheid van het dichtstbijzijnde ziekenhuis en de spoedeisende hulp in het St. Elisabeth Hospitaal veel minder gunstig.



Figuur 4.7 Percentage volwassenen dat de zorgvoorziening binnen 30 minuten met gebruikelijke wijze van vervoer kan bereiken, naar Armoede Cluster

Toegang tot zorg: Problemen met Afstand en Vervoer en Wachttijden

Bewoners van de Arme Wijken ervaren vaker lange wachttijden bij het verkrijgen van zorg dan in alle wijken in Curaçao tezamen (19% vs. 17%). Vooral van de bewoners van de Buitengebieden die behoefte hadden aan zorg in de 12 maanden voor het interview, zegt deze niet tijdig te hebben gekregen doordat het te lang duurde om een afspraak te krijgen met een zorgverlener (22%). De problemen de afstand en vervoer zijn in de Arme Wijken en in alle wijken in Curaçao tezamen gelijk (beide 3%).

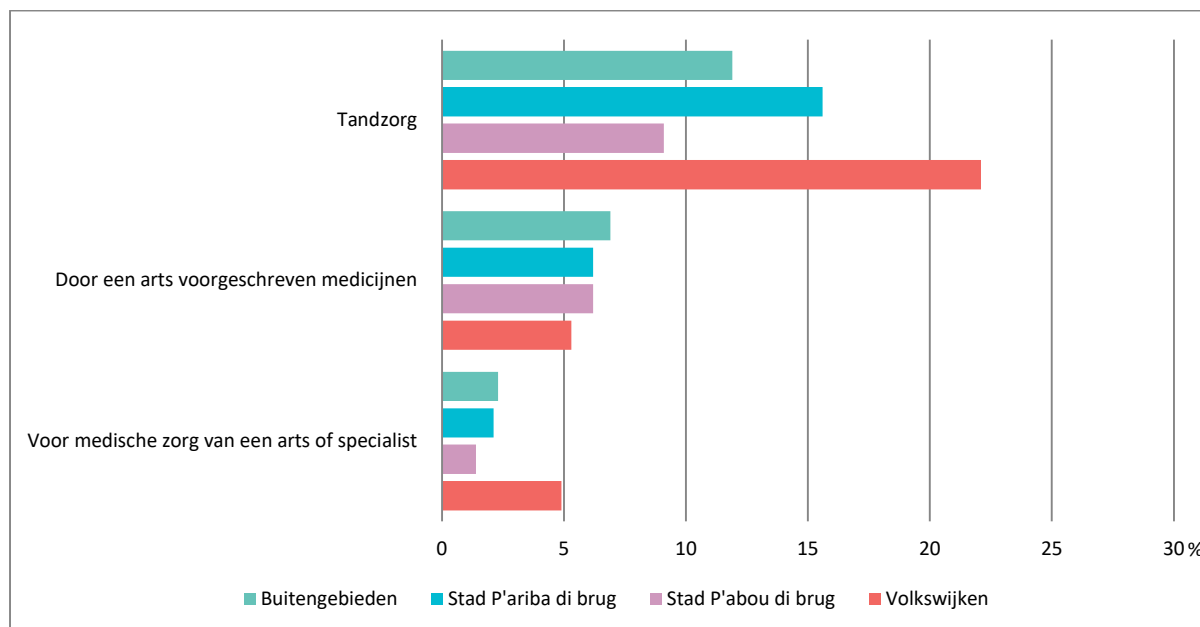


Figuur 4.8 Percentage volwassenen die behoefte hadden aan zorg in de 12 maanden voor het interview, zegt deze niet tijdig te hebben gekregen door ..., naar Armoede Cluster. Noot: ontbrekende categorie betreft een groep van minder dan 100 respondenten. Deze percentages zijn niet betrouwbaar en worden daarom niet gepubliceerd.

Toegang tot zorg: Financiële Barrières

Bewoners van de Arme Wijken ervaren vaker financiële barrières bij het verkrijgen van tandzorg, voorgeschreven medicijnen en geestelijke gezondheidszorg dan in alle wijken in Curaçao tezamen.

Met name de bewoners van de Volkswijken hebben vaak te maken met een onbeantwoorde behoefte aan tandzorg en medische zorg door financiële redenen.



Figuur 4.9 Percentage volwassenen die behoefte hadden aan in de 12 maanden voor het interview, zegt dat ze dit niet konden betalen, naar Armoede Cluster. Noot: ontbrekende categoriën (geestelijke gezondheidszorg) betreffen groepen van minder dan 100 respondenten. Deze percentages zijn niet betrouwbaar en worden daarom niet gepubliceerd.

Belangrijkste conclusies

De gezondheid, de leefstijl en het gebruik van de zorg van de bewoners van de Arme Wijken is iets minder gunstig dan voor de bewoners van heel Curaçao tezamen. Terwijl deze vergelijking relatief kleine verschillen laat zien, vinden we grotere verschillen wanneer we meer in detail naar de vier verschillende clusters van de Arme Wijken kijken. We zien in de vier clusters specifieke aandachtspunten op het gebied van gezondheid, leefstijl en gebruik van de zorg. Deze resultaten bieden aanknopingspunten voor het maken en evalueren van 'evidence-based' beleid voor een wijkgerichte aanpak. Het is belangrijk dat de in dit rapport gepresenteerde gezondheidsprofielen per armoedeclassering in het licht van de lokale context door mensen met ervaring in de wijken worden geïnterpreteerd. Zij kunnen vaak helpen duiden waarom in sommige wijken mensen een betere of slechtere gezondheid blijken te hebben dan verwacht.





Bijlage



Tabel 1: Socio-economische kenmerken van de gebieden (geozones) o.b.v. de Census 2011

Nr. geo zone	Geozone	Economische status van de bevolking van 15 jaar en ouder, per geozone					Ratio's			Gemiddeld bruto maandinkomen, naar geozone en geslacht van het hoofdhuishouden			Aantal huishoudens ten opzichte van de armoede grens			% Huishoudens onder armoede grens
		Werkzaam	Werkloos	Economisch niet actief	Niet gerapporteerd	Totaal	Werkzaam	Werkloosheidspercentage	Niet actief	Man	Vrouw	Totaal	Onder	Boven	Totaal	
18	Fortuna	1082	315	921	0	2318	46.7	22.5	39.7	4791	2653	3433	526	477	1003	52.4%
5	Tera Pretu	104	26	78	0	208	50.0	20.0	37.5	3426	3145	3329	41	40	81	50.6%
53	Scharloo	229	30	180	0	439	52.2	11.6	41.0	3333	2061	2658	97	114	211	46.0%
51	Otrobanda	516	86	561	5	1168	44.2	14.3	48.0	4082	2925	3373	217	289	506	42.9%
4	Flip	176	59	255	0	490	35.9	25.1	52.0	3874	2685	3435	75	101	176	42.6%
30	Kanga/Dein	994	104	733	0	1831	54.3	9.5	40.0	3850	2419	3235	335	508	843	39.7%
55	Berg Altena	1106	171	958	2	2237	49.4	13.4	42.8	4783	3064	3864	410	636	1046	39.2%
34	Rosendaal	772	135	598	0	1505	50.3	14.9	39.7	3918	3118	3513	243	391	634	38.3%
47	Wishi	887	124	640	0	1651	53.7	12.3	38.8	3640	2678	3131	288	471	759	37.9%
59	Koraal Specht	830	195	1520	27	2572	32.3	19.0	59.1	5404	2971	3976	311	529	840	37.0%
16	Piscadera Baai	315	46	254	0	615	51.2	12.7	41.3	4795	3110	3991	92	170	262	35.1%
23	Muizenberg	1048	161	1006	0	2215	47.3	13.3	45.4	5619	3236	4331	324	603	927	35.0%
63	Seru Grandi	958	128	746	0	1832	52.3	11.8	40.7	4205	3954	4096	252	485	737	34.2%
7	Soto	823	138	769	0	1730	47.6	14.4	44.5	4629	3288	4024	220	427	647	34.0%
14	Souax	2386	285	1324	0	3995	59.7	10.7	33.1	4237	3552	3971	523	1104	1627	32.1%
29	Buena Vista	1941	284	1601	1	3827	50.7	12.8	41.8	4315	3446	3911	543	1161	1704	31.9%
50	Domi	502	59	480	0	1041	48.2	10.5	46.1	4875	3356	4045	148	317	465	31.8%
60	Steenrijk	1469	223	1393	0	3085	47.6	13.2	45.2	4957	3806	4338	443	950	1393	31.8%
6	Lelienberg	426	47	427	0	900	47.3	9.9	47.4	4546	3667	4156	110	239	349	31.5%
52	Punda	38	8	44	0	90	42.2	17.4	48.9	6818	3575	5582	13	29	42	31.0%
20	Ronde Klip	319	31	213	0	563	56.7	8.9	37.8	4499	3278	4015	70	162	232	30.2%
8	Pannekoek	139	16	155	0	310	44.8	10.3	50.0	6245	3520	5322	37	87	124	29.8%
65	Oostpunt	222	33	186	0	441	50.3	12.9	42.2	5797	3932	5086	54	127	181	29.8%
1	Westpunt	264	46	296	0	606	43.6	14.8	48.8	4161	4284	4213	72	179	251	28.7%
27	Paradijs	960	111	680	0	1751	54.8	10.4	38.8	4013	3044	3609	218	547	765	28.5%
10	Barber	949	112	823	0	1884	50.4	10.6	43.7	5097	3281	4358	212	538	750	28.3%
21	Brievengat	1838	240	1742	2	3822	48.1	11.5	45.6	5734	3782	4715	462	1190	1652	28.0%
48	Habaai	418	50	575	0	1043	40.1	10.7	55.1	5344	4077	4693	97	261	358	27.1%
28	Wanapa	1861	182	1488	0	3531	52.7	8.9	42.1	5418	3478	4526	413	1127	1540	26.8%
40	Montaña Abou	199	270	1230	0	3490	57.0	11.9	35.2	5746	3872	4820	397	1095	1492	26.6%
62	Montaña Rey	2361	230	1682	1	4274	55.2	8.9	39.4	5915	3784	5009	439	1302	1741	25.2%
31	Suffisant	1546	137	1216	0	2899	53.3	8.1	41.9	4593	3684	4188	322	980	1302	24.7%
33	Bonam	3562	409	2518	0	6489	54.9	10.3	38.8	6402	4047	5392	678	2077	2755	24.6%
49	Mundo Nobo	1134	119	903	0	2156	52.6	9.5	41.9	6698	4188	5551	240	738	978	24.5%
38	Sta. Rosa	2243	257	1542	3	4045	55.5	10.3	38.1	6303	4129	5257	417	1299	1716	24.3%
54	Parera	103	9	105	0	217	47.5	8.0	48.4	6319	5143	5700	22	73	95	23.2%
24	Stenen Koraal	1801	183	1487	2	3473	51.9	9.2	42.8	6144	3926	5269	327	1101	1428	22.9%
39	Kwarchi	1014	100	689	0	1803	56.2	9.0	38.2	5714	4052	5093	181	622	803	22.5%
58	Rooi Santu	1350	130	759	0	2239	60.3	8.8	33.9	7193	4871	628	216	773	989	21.8%
22	Maria Maai	513	58	446	0	1017	50.4	10.2	43.9	5630	3439	4588	96	352	448	21.4%
25	Mahuma	2753	262	198	0	4995	55.1	8.7	39.6	6130	4000	5303	436	1675	2111	20.7%
2	Lagun	139	9	120	0	268	51.9	6.1	44.8	4095	3061	3690	21	81	102	20.6%
12	Tera Cora	1990	192	124	0	3422	58.2	8.8	36.2	7110	4638	6204	277	1144	1421	19.5%
15	St. Michiel	2562	262	1754	0	4578	56.0	9.3	38.3	6888	4449	5829	373	1539	1912	19.5%
11	St. Willibrordus	249	25	201	0	475	52.4	9.1	42.3	12860	6210	10180	38	163	201	18.9%
57	Dominguito	1472	81	103	0	2583	57.0	5.2	39.9	7553	4886	6514	190	924	1114	17.1%
32	Mon Repos	1500	108	1121	0	2729	55.0	6.7	41.1	7332	4424	6081	198	976	1174	16.9%
36	Groot Kwartier	1065	109	981	2	2157	49.4	9.3	45.5	7705	4189	6335	132	656	788	16.8%
26	Groot Piscadera	1136	117	1039	9	2301	49.4	9.3	45.2	9901	5059	8116	143	728	871	16.4%
56	Saliña	1213	86	792	0	2091	58.0	6.6	37.9	7972	4768	6705	150	819	969	15.5%
41	Labadera	1247	92	829	0	2168	57.5	6.9	38.2	7992	4911	6842	135	792	927	14.6%
61	Koraal Partier	2017	126	975	0	3118	64.7	5.9	31.3	7455	4791	6510	192	1138	1330	14.4%
42	Seru Lora	1311	84	877	0	2272	57.7	6.0	38.6	8069	5233	7090	146	874	1020	14.3%
19	Rancho	1737	91	754	0	2582	67.3	5.0	29.2	8499	5736	7476	130	966	1096	11.9%
43	Zeelandia	286	9	286	0	581	49.2	3.1	49.2	11554	5062	8319	27	284	311	8.7%
37	Mahaai	1314	49	906	2	2271	57.9	3.6	39.9	12109	6477	10194	80	929	1009	7.9%
64	Spaanse Water	1613	57	761	0	2431	66.4	3.4	31.3	12132	7666	10641	58	1074	1132	5.1%
	Totaal	64914	7123	49072	59	121168	53.6	9.9	40.5				12920	38482	51402	25.1%

Noten:

*Er zijn 6 onbewoonde gebieden (o.a. natuur- en industriegebied) die niet zijn meegenomen in de CBS onderzoeken: Asiento (nr. 35), Chistoffel (nr. 3), Dok (nr. 45), Hato (nr. 17), Nieuwe Haven (nr. 44) en Schottegat (nr. 46).

** Van Geozone 9 (Wacao, n=6) en 13 (Meiberg, n=2) zijn geen CBS cijfers over het % huishoudens onder poverty line bekend. Van 24 cases uit de NGE is de geozone niet bekend. Deze 32 cases zijn daarom niet mee genomen in de 3-deling. De n-en van de 3-deling tellen daardoor op tot 2613 en niet tot de totaal n van 2645.



De resultaten van het themarapport "Arme Wijken" geven u een actueel beeld van de gezondheid, de leefstijl en het zorggebruik van de bewoners van wijken waar armoede meer dan gemiddeld voor komt.

De gegevens komen uit de nationale gezondheidsenquête (NGE) 2017. De NGE signaleert trends, brengt risicogroepen in kaart en vormt een belangrijke bron voor de Curaçaose gezondheidsindicatoren.

De NGE 2017 is een onderzoek van het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC) en uitgevoerd in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Digitale versies van dit rapport en andere VIC-publicaties zijn te verkrijgen vop de website van VIC: www.vic.cw.

